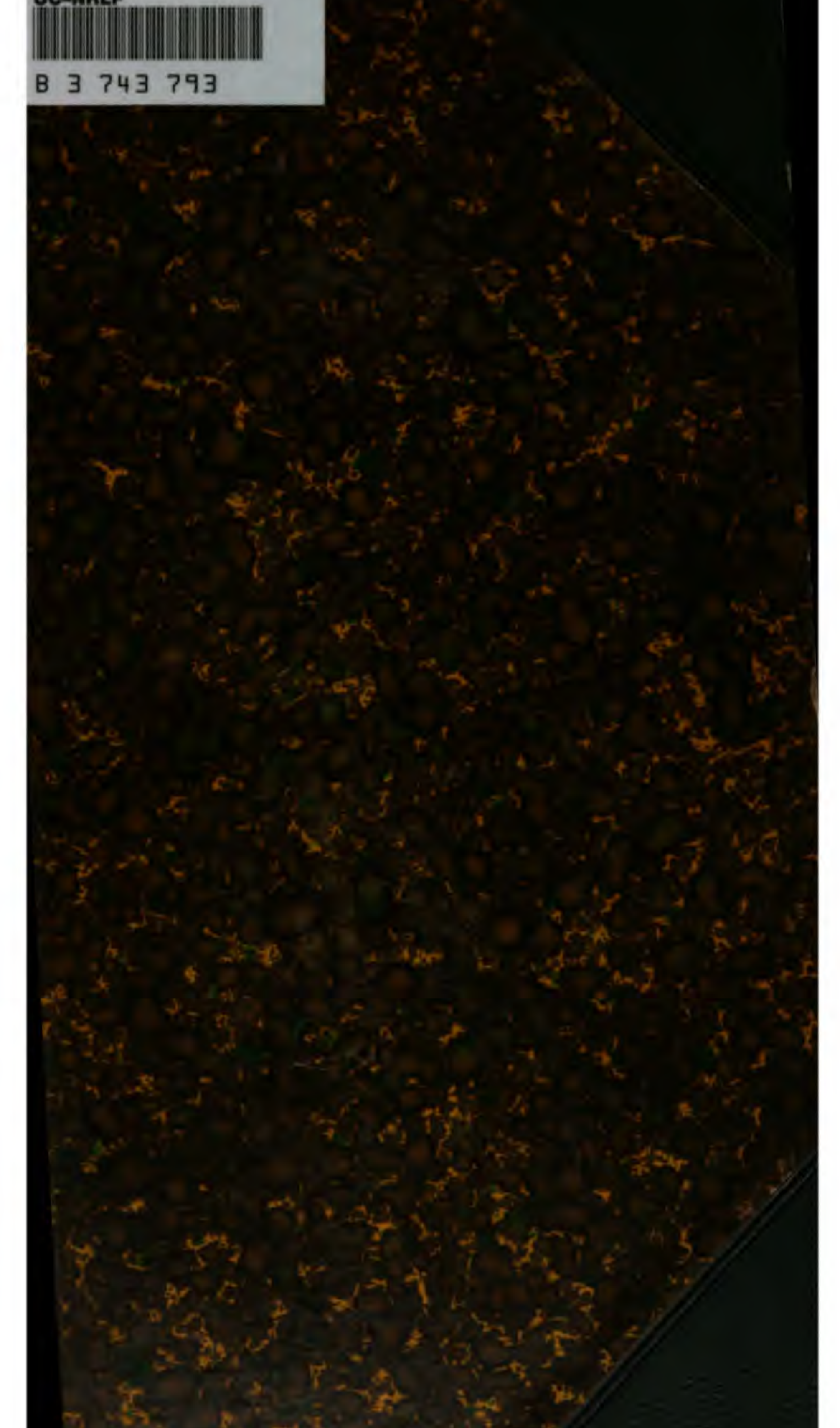
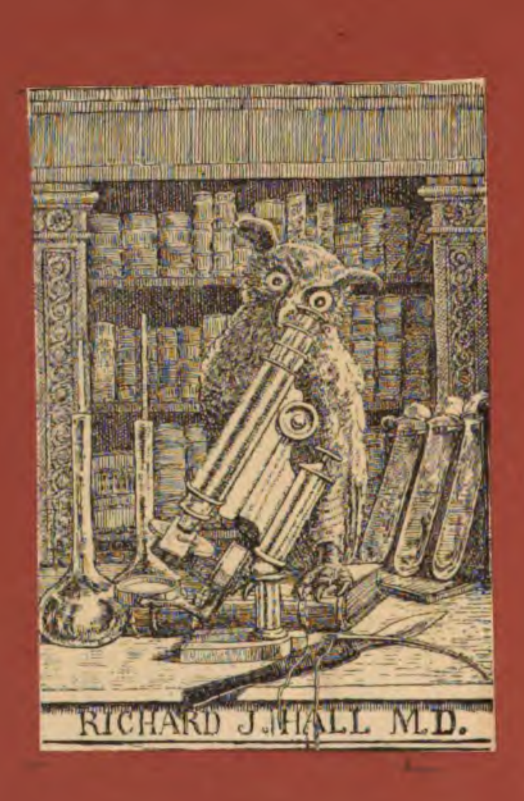
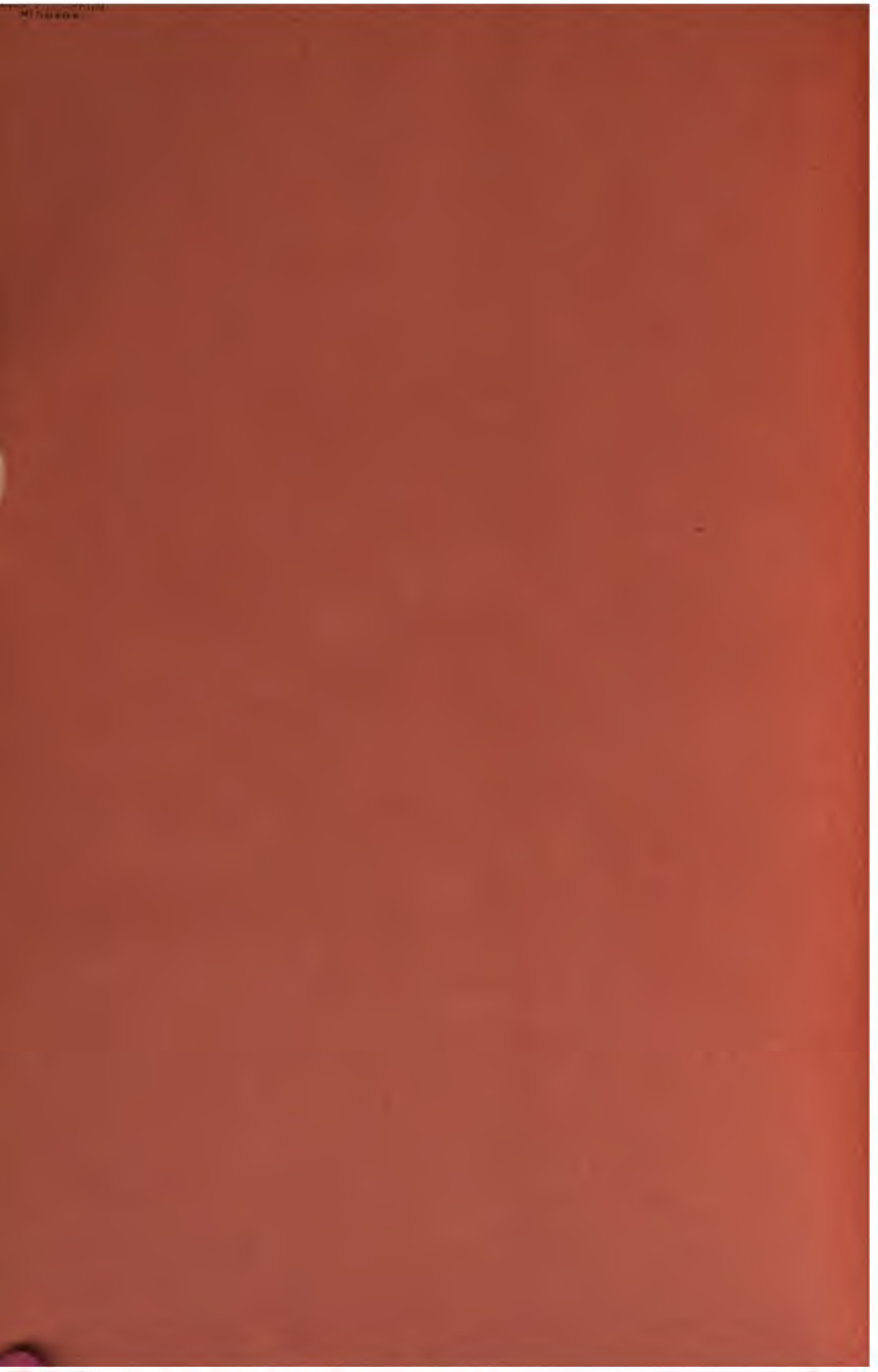



RICHARD J. HALL M.D.





Centralblatt für klinische Medicin.

Fünfter Jahrgang.



Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz**, Bonn, Direktor Dr. **Struck**, Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1884.

Namenregister.

2907

Druckfehler: p. 153 Zeile 1 des Textes lies: Torre statt Porre.

Sachregister.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 1. **Sonnabend, den 5. Januar.** **1884.**

1. **Tuczek.** Notiz, betr. die Darstellung der markhaltigen Nervenfasern in der Großhirnrinde.

2. **Mendel.** Bemerkungen zu der vorstehenden Notiz.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 22.)

T. bemerkt, dass seine mittels der Exner'schen Methode gewonnenen Befunde über den Schwund der markhaltigen Nervenfasern in gewissen Abschnitten der Großhirnrinde bei Dementia paralytica nicht durch die mit der Weigert'schen Methode gemachten Untersuchungen von M. entkräftet werden können. Nach der letzteren (Säurefuchsin-Kalialkohol) Methode sind nur die Nervenfasern größeren Kalibers darstellbar und werden die Präparate außerordentlich ungleich, so dass es bedenklich ist, daraus auf numerische Unterschiede (z. B. Schwund der Fasern in einzelnen Präparaten) zu schließen. Wir wissen ferner nicht, welcher Bestandtheil der mark-

haltigen Nervenfasern durch Weigert's Methode dargestellt wird; möglicherweise der nackte Achsencylinder — wogegen die Exner'sche (Osmiumsäure-Ammoniak) Methode sicher die Markscheide darstellt. T. wiederholt, dass er bei allen stets mit positivem Erfolg untersuchten Paralytikergehirnen immer dieselben Rindenabschnitte, und nur diese erkrankt fand.

M. hebt diesen Einwendungen gegenüber hervor, dass er seine Präparate mit kleinen aber wesentlichen Abänderungen der Weigert-schen Methode hergestellt habe: alkoholische (nicht wässerige) Lösung des Säurefuchsin; in der alkoholischen Kalilösung nicht den Beginn der Entfärbung abgewartet, sondern das Präparat unmittelbar nach dem Einlegen wieder herausgenommen. Derartige Präparate zeigen am normalen Hirn schon bei Betrachtung mit der Lupe die radiäre Faserung der Hirnrinde weit in dieselbe hinein schön roth gefärbt und eben so die äußerste Schicht der Neuroglia als rothen Rand; mikroskopisch zeigt der letztere die Strichelchen der gefärbten markhaltigen tangentialen Nervenfasern. Die Präparate von Paralytikern aus den nach T. durch Abwesenheit der Tangentialfasern ausgezeichneten Rindenstellen ergaben makroskopisch, resp. mit der Lupe ganz dasselbe Bild; mikroskopisch auch die obigen Strichelchen »in solcher Zahl, dass ich eine Differenz zwischen normalen und pathologischen Hirnen nicht konstatiren konnte«. Wegen der im paralytischen Gehirn vorhandenen Verdichtung der Intercellularsubstanz sind die Präparate meist nicht so schön, und lässt sich in der Regel die äußerste Schicht auch nicht so fein schneiden wie im normalen. Die große Differenz der Zahl der tangentialen Fasern in den T.'schen Präparaten muss auf einer Fehlerquelle der Methode (leichte Zerstörbarkeit durch Verwesung der obersten Schichten?) beruhen.

A. Eulenburg (Berlin).

---

3. **Zuntz** u. **v. Mering.** In wie fern beeinflusst Nahrungszufuhr die thierischen Oxydationsprocesse?

(Pflüger's Archiv Bd. XXXII. p. 173—221.)

Verff. haben die Stoffwechselsteigerung, welche bei Thieren, denen längere Zeit die Nahrung entzogen war, nach Wiedereinführung derselben in den Darmkanal zur Beobachtung kommt, näher untersucht. Zu diesem Zwecke wurden hungernden Thieren stickstofffreie Substanzen (Milchsäure, Buttersäure, Glycerin, Zucker) und stickstoffhaltige (Eiereiweiß, reines Pepton) in Mengen, wie sie im Laufe von $^1/_2$—3 Stunden durch Resorption vom Darmkanal ins Blut gelangen, direkt in das Blut eingeführt. Dabei wurde kein wesentlicher Einfluss auf die Größe der Sauerstoffaufnahme konstatirt. Die Kohlensäureausscheidung änderte sich in dem Sinne, wie es der Verbrennung der betreffenden Substanzen durch die konstant bleibende Sauerstoffmenge entsprach. Aus diesem Umstande schließen Verff., dass die bei Zufuhr von Nahrungsstoffen in den Magen auftretende Steigerung

des Sauerstoffverbrauches nicht durch ihre Verbrennlichkeit sondern im Wesentlichen durch die Arbeit des Verdauungsapparates verursacht wird. Mit dieser Annahme steht es in Übereinstimmung, dass auch nach Einführung unverbrennlicher Abführmittel in den Magen (schwefelsaures Natron) der Sauerstoffkonsum eine starke Steigerung erfuhr. Diese Steigerung ist wahrscheinlich auf die lebhafte Darmperistaltik zurückzuführen, welche sich bei Anwendung dieser Substanz einstellt. Ganz analog wirkt Mannit, das ebenfalls leicht abführend wirkt und zwar den Kohlenhydraten sehr nahe steht, aber schwerer oxydirbar ist als diese.

Verff. haben sich bei der Injektion gelöster Nahrungsstoffe in das Blut durch Untersuchung des Harns davon überzeugt, dass nur ein kleiner Theil der injicirten Substanzen während des Versuches durch den Harn ausgeschieden wird, der größere Theil derselben befand sich also thatsächlich in Cirkulation. Es sprechen übrigens schon die geänderten Werthe der Kohlensäureausscheidung für diesen Umstand. **Löwit** (Prag).

---

4. **J. Wolfers.** Untersuchungen über den Einfluss einiger stickstofffreier Substanzen, speciell des Alkohols auf den thierischen Stoffwechsel.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXII. p. 222—279.)

Im Anschluss an die vorausgehende Arbeit von Zuntz und v. Mering und unter Leitung des ersteren, hat Verf. den Einfluss stickstofffreier Substanzen auf den Stoffwechsel bei Einführung derselben in die Blutbahn an Kaninchen, die Angaben von Zuntz bestätigend, untersucht. (Die Untersuchungmethoden vgl. im Orig.) Da der »respiratorische Quotient« $\left(\frac{CO_2}{O}\right)$ fast immer den Werth hat, welchen man aus der chemischen Natur des verdaulichen Theiles der Nahrungsmittel theoretisch berechnen kann, so ist die Möglichkeit gegeben zu untersuchen, ob ein in die Blutbahn eingeführter Stoff der Verbrennung unterliegt. Etwaige Veränderungen der absoluten Größe des Sauerstoffverbrauches allein werden hingegen anzeigen, in wie weit der Stoffwechsel der Thiere von der Menge des im Blute cirkulirenden zersetzbaren Materials abhängig ist.

Von diesen Gesichtspunkten aus hat Verf. theils bei hungernden theils bei gefütterten Thieren intravenöse Injektionen von Traubenzucker, von Rohrzucker, von Dextrin, von milchsaurem Natron und von Alkohol vorgenommen, der, ohne zu den Kohlenhydraten zu gehören, eine ähnliche Bedeutung wie diese für den thierischen Oxydationsprocess haben soll, und dessen Einfluss auf den Stoffwechsel auch nach Einführung desselben in den Magen untersucht wurde. Verf. resumirt seine Resultate folgendermaßen: Die Kohlenhydrate Traubenzucker und Rohrzucker können in reichlichen Mengen dem Blute eines Thieres zugeführt werden, ohne dass dessen Sauerstoff-

bedarf steigt. Die Kohlensäurebildung wächst unter diesem Verhältnis, indem sich der respiratorische Quotient der Einheit nähert. Dextrin scheint, auch in das Blut eingeführt, stark reizend auf den Darmkanal und die Nieren zu wirken und dadurch den Stoffwechsel zu steigern. Direkt oder vom Magen her in das Blut gebrachter Alkohol wird theilweise innerhalb des Organismus oxydirt und wirkt in diesem Sinne verändernd auf den respiratorischen Quotienten ein. Der Sauerstoffverbrauch wird durch Alkoholgenuss erheblich gesteigert; an dieser Steigerung nimmt die Kohlensäureausscheidung in geringerem Maße Theil. Es ist demgemäß unrichtig dem Alkohol eine die Oxydationsprocesse herabsetzende Kraft zuzuschreiben. Das häufig beobachtete Sinken der Körpertemperatur nach dem Genuss von Alkohol ist daher der vermehrten Abgabe von Wärme zuzuschreiben, welche die vermehrte Bildung überkompensiren kann. Nur nach sehr großen Dosen von Alkohol, welche eine deutliche Narkose des Thieres bewirken, tritt eine Verminderung des Sauerstoffverbrauches ein. Eine genaue Berücksichtigung der willkürlichen Bewegungen, welche die Thiere während der einzelnen Versuche ausführten, ergab, dass der respiratorische Quotient durch die Muskelarbeit unbeeinflusst bleibt. Etwa auftretende Veränderungen im Gaswechsel können nur auf die Folgen der gestörten Athmung zurückgeführt werden. (Aufstauung von CO_2 oder vermehrte Abgabe des Vorrathes.)

Die Lehre von der Unabhängigkeit der thierischen Oxydation von dem jeweiligen Vorrath des Blutes an oxydirbaren Stoffen hat durch die vorliegenden Untersuchungen eine weitere Stütze erhalten.

Löwit (Prag).

---

5. C. **Friedländer.** Die Mikrokokken der Pneumonie.

(Fortschritte der Medicin 1883. No. 22.)

Nachdem durch die Mittheilungen Eberth's, Koch's und des Verf. in den letzten Jahren die allgemeine Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von Mikroben in dem Alveolarexsudat, so wie in den Lymphbahnen hepatisirter Lungen bei genuiner Pneumonie gelenkt worden war, handelte es sich zunächst darum festzustellen, in wie weit dieser Befund konstant sei und zweitens die in Rede stehenden Organismen rein zu kultiviren, um wo möglich auf experimentellem Wege durch Übertragung derselben auf geeignete Thierspecies die gleiche Krankheit zu erzeugen, als deren Erreger beim Menschen jene Organismen angesehen werden mussten. Mit der Lösung dieser Aufgaben befasst sich die vorliegende Arbeit.

Zunächst gelang es dem Verf. in mehr als 50 Fällen von Pneumonie die charakteristischen Kokken zu konstatiren; nur in einigen wenigen wurden sie vermisst und diese kommen deshalb nicht in Betracht, weil sie den spätesten Formen, vom 9. bis zum 13. Tage angehören. Ihr Fehlen unter solchen Umständen erscheint nach den bei anderen akuten Krankheiten gewonnenen Erfahrungen nicht auffällig. Bei dem

Nachweise der Mikrokokken in gefärbten Schnittpräparaten aus den erkrankten Partien kam F. wesentlich die Anwendung einer von Gram aus Kopenhagen zuerst angewandten Methode zu Statten, welche darin besteht, die gleichfalls den Farbstoff aufnehmenden und daher leicht die Kokken verdeckenden Kerne und Fibrineinlagerungen völlig zu entfärben, ohne dabei gleichzeitig den Farbstoff aus den ersteren fortzunehmen. Zu dem Zwecke werden die in Anilinwasser-Gentianaviolettlösung eingelegten intensiv gefärbten Schnitte von Alkoholpräparaten für kurze Zeit in eine dünne wässrige Jodjodkaliumlösung eingelegt. Die vorher stark tingirten Schnitte werden dann in Nelkenöl fast farblos und es treten in der schwach gelblichen Grundsubstanz nunmehr lediglich die Kokken als gefärbte Elemente hervor.

Die gleichen Organismen, wie in den pneumonischen Lungen konnten — und zwar mit Hilfe von Trockenpräparaten — in den die Lungenentzündung oft komplicirenden pleuritischen und perikardialen Exsudaten nachgewiesen werden. Es zeigte sich nun weiter, dass in den meisten Fällen von Pneumonie entweder ein großer Theil oder sämmtliche Kokken des aus dem Infiltrat entnommenen und auf Deckgläsern angetrockneten Gewebssaftes von einer mehr oder minder breiten Schicht einer in Gentianaviolett und Fuchsin schwach färbbaren Hülle oder Kapsel umgeben sind. Dieselbe ist nach außen meist scharf begrenzt und übertrifft an Breite den Durchmesser der Kokken oft um das Doppelte, selbst um das Vierfache. Handelt es sich um isolirt liegende Kokken, so ist auch die Form der Kapsel ähnlich derjenigen des von ihr umschlossenen Organismus; liegen aber, wie häufig, zwei oder mehrere Kokken hinter einander, so bildet die Hülle eine einzige, dieselben in toto umgebende langgezogene Ellipse oder einen Cylinder mit abgerundeten Enden. Zuweilen sieht man im Innern derartiger gestreckter Kapseln ein nicht ganz regelmäßig begrenztes stäbchenförmiges Gebilde, das wohl nur der optische Ausdruck eng an einander gelagerter und daher scheinbar mit einander verschmolzener Einzelkokken ist. Färbt man das Trockenpräparat nach vorangegangener Behandlung mit destillirtem Wasser oder Alkali, so ist nunmehr die Kapsel nicht mehr darstellbar und man sieht die Mikrokokken völlig nackt; dagegen übt die vorherige Einwirkung von Säuren — Essigsäure und Mineralsäuren — so wie mancher anderer Agentien (Alkohol, Äther, Chloroform) anscheinend keinen Einfluss auf den Nachweis der Hüllen. Verf. neigt sich auf Grund dieser Reaktionen der Annahme zu, dass die Substanz der Kapseln, welche im ungefärbten Zustande kaum sichtbar ist, aus Mucin oder einem dem Mucin chemisch nahestehenden Körper besteht. Am besten gelingt übrigens die Färbung der Hüllen, wenn man die Deckglas-Trockenpräparate in eine Anilinwasser-Gentianalösung einlegt und nach der Herausnahme auf kurze Zeit (1/2 Minute) in Alkohol abspült, indem hierbei die Grundsubstanz ziemlich rasch entfärbt, die Kapseln und Kokken dagegen tingirt bleiben. Anlangend nun die

Frage, in wie weit diese Gebilde als charakteristisch und den Pneumoniemikrokokken eigenthümlich anzusehen sind, so giebt Verf. an, dass er ähnliche Hüllenbildungen bei den von ihm darauf hin untersuchten verschiedensten übrigen Mikroorganismen gar nicht oder doch nur in spurenweiser Andeutung gefunden habe. Selbst an den im Sputum von Pneumonikern vorkommenden Kokken konnten sie nicht beobachtet werden, während sie im Bronchialinhalt der Leichen von solchen Kranken öfter konstatirt wurden. Bemerkenswerth ist aber, dass selbst in mehreren Fällen echter krupöser Pneumonie zwar sehr reichlich Kokken, aber keine Kapseln daran gefunden wurden; diese Fälle waren allerdings älter als 6 Tage. Auch in den positiven Fällen, die bei Weitem die Mehrzahl bilden, sind indess häufig nicht die sämmtlichen Mikrokokken mit Kapseln versehen, sondern nur ein gewisser Theil derselben. Um in den Schnitten von Alkoholpräparaten die Kokken zur Anschauung zu bringen, was mit gewissen Schwierigkeiten verknüpft ist, aber schließlich doch gelingt, dürfen dieselben vor der Färbung nicht mit destillirtem Wasser in Berührung gebracht und auch der entfärbenden Einwirkung des Alkohols nicht zu lange ausgesetzt werden. Verf. schließt seine Beobachtungen über die Bedeutung der Hüllen mit der Bemerkung, dass ihre Bildung dem Höhestadium der Krankheit angehört und als ein Produkt der Lebensvorgänge des Mikrococcus aufzufassen ist.

Um diese nahezu konstant bei der krupösen Pneumonie vorkommenden Organismen zu kultiviren wurden zunächst Übertragungsversuche auf sterilisirtem thierischen Serum, später unter Betheiligung von Frobenius auch auf Fleischinfuspeptongelatine nach den von Koch angegebenen Methoden ausgeführt. Namentlich die letzteren ergaben prägnante Resultate. Von einem Falle von akuter Pneumonie des rechten Oberlappens, welcher im Stadium der grauen Hepatisation endete und mit hypertrophischer Lebercirrhose kombinirt, sonst aber nicht komplicirt war, gelang es eine große Anzahl völlig gleichmäßiger Kulturen zu gewinnen. Dieselben entwickelten sich schon bei Zimmertemperatur in Gestalt von Knöpfen, die über das Niveau der Gelatine prominirten und schließlich zu halbkugelförmigen mattweißen perlartigen Erhebungen auswuchsen; auch der Impfstich in der Gelatine umgab sich mit einer schleierartigen Trübung, um welche herum sich später eine große Zahl feinster bis 0,3 mm im Durchmesser haltender rein weißer Körnchen bildete. Diese Kulturen wurden durch 8 Generationen fortgesetzt und erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als eine vollständige Reinkultur elliptischer Mikrokokken. Die Kultur selbst wird nach ihrem Aussehen von F. als nagelförmige bezeichnet. Eine Kapsel konnte an den dieselbe bildenden Kokken nicht nachgewiesen werden; dagegen trat dieselbe bei Einbringung der Kulturen in den Thierkörper an den sich daselbst rapid vermehrenden Kokken wieder auf. Auch die Übertragung auf Kartoffelscheiben gelang. Bei meh-

reren anderen Fällen von Pneumonie schlugen die Kulturversuche fehl; es entwickelte sich entweder nichts oder es entstanden Pilzwucherungen, welche sich durch ihren Habitus und ihr Wachsthum als fremdartige Elemente (Verunreinigungen) erwiesen. Endlich wurden noch von 2 Fällen Kulturen erhalten, die zwar von vorn herein nicht nagelförmig waren, die sich aber bei fortgesetzter Züchtung doch zu den charakteristischen Gebilden umwandelten.

Die Übertragungsversuche, welche mit diesen Reinkulturen auf Thiere ausgeführt wurden, ergaben zunächst, dass Kaninchen gegen die Einwirkung der Pilze vollständig refraktär sind und die letzteren in ihrem Organismus kurze Zeit nach der Einbringung zu Grunde gehen. Anders verhalten sich Mäuse und Meerschweinchen. Was die mit Mäusen vorgenommenen Impfungen betrifft, denen zuvörderst ein Tropfen der in einem Schälchen mit sterilisirtem Wasser vertheilten Kultur in die Lunge mittels Pravaz'scher Spritze injicirt wurde, so starben die Thiere — 32 an der Zahl — fast ausnahmslos im Verlauf von 18 bis 28 Stunden unter den Zeichen von Dyspnoe und zunehmender Schwäche. Bei der Sektion fand sich in beiden Pleurahöhlen eine relativ große Menge röthlicher schleimiger trüber Flüssigkeit; beide Lungen waren stark geröthet, fast luftleer und zeigten zerstreute, schlecht begrenzte Herdchen von rother Infiltration. Die Milz war fast auf das Dreifache geschwollen, die übrigen Organe unverändert. Sowohl der Pleurainhalt, wie die Lunge, die Milz und das Blut enthielten massenhaft Mikroorganismen von der unzweifelhaften Beschaffenheit der Pneumoniemikrokokken; auch die Kapseln fehlten an ihnen nicht. Dass nicht die Verletzung an sich den Befund in der Lunge und an der Pleura hervorgebracht hatte, geht aus Kontrollversuchen hervor, welche in ganz gleicher Weise, wie die obigen, aber mit vorher erhitzten und dadurch abgetödteten Kulturflüssigkeiten ausgeführt wurden. Von den nach wirksamen Injektionen gestorbenen Mäusen wurden dann neue Gelatinekulturen angelegt und dabei stets die typische Nagelformation erhalten. Die Zahl der an Meerschweinchen angestellten Versuche beläuft sich auf 11, von denen 5 ein negatives Resultat ergaben, während die übrigen 6 Thiere nach Injektion von 0,1—0,3 ccm der Kulturaufschwemmung in die Lunge unter schweren Erscheinungen — Dyspnoe und großer Schwäche — erkrankten. Drei derselben starben im Laufe von 48 Stunden; die drei übrigen wurden nach 24, bzw. 48 Stunden getödtet. Es fand sich, gleich wie bei den Mäusen, doppelseitige schwere Pleuritis, aber mit mehr oder minder eitrigem Exsudat; ferner Perikarditis. Die Lungen waren stark geröthet, in drei Fällen ohne sonstige weitere Veränderungen; in den drei restirenden zeigten sie lobuläre rothe oder graurothe Infiltrationen. Während in den Exsudaten reichlich Kokken mit Kapseln vorhanden waren, konnten solche im Blute nur bei zwei Thieren aufgefunden werden. Von fünf Hunden endlich, die in gleicher Weise wie die vorhergehenden Thiere behandelt wurden, zeigten vier nur mäßige

Krankheitserscheinungen mit unbedeutender Temperaturerhöhung und kamen durch; der fünfte ging nach 40 Stunden unter den Erscheinungen schwerer Dyspnoe zu Grunde und zwar an einer typischen, theils rothen, theils graurothen Hepatisation des rechten Unterlappens mit dünnem pleuritischen Belag. Die Pneumonie dieses Thieres erinnerte in ihrem Verlauf, so wie ganz besonders in ihrem anatomischen Verhalten vollständig an die typische lobäre Pneumonie des Menschen. Auch hier wurden mit Erfolg Kulturen aus der erkrankten Lunge hergestellt. Um endlich den Einwand, dass an diesen gesammten Resultaten doch das gesetzte Trauma einen gewissen Antheil habe, zu entkräften, stellte schließlich F. noch eine Reihe von Inhalationsversuchen mit zerstäubten Kulturaufschwemmungen an Meerschweinchen und Mäusen an. Während die ersteren auf diese Einathmungen anscheinend nicht reagirten, starben von den 12 benutzten Mäusen fünf und zwar unter ähnlichen Symptomen und mit ähnlichem Befund, wie die geimpften. Bei einer Maus fand sich sogar im rechten Unterlappen eine typische lobäre Pneumonie.

In einem Schlussabschnitt seiner eben so interessanten als wichtigen Arbeit behandelt F. die Frage von der Verschiedenheit der Pneumoniemikrokokken bei den verschiedenen Thierspecies. Schon beim Menschen finden sich wesentliche Differenzen in der Größe und Ausbildung der Kapseln. Die Kokken der Mäuse sind meist nicht unerheblich größer als die des Menschen, die der Meerschweinchen kleiner als die der Mäuse, aber durch eine ungewöhnlich breite Kapsel ausgezeichnet. Wesentlich wird die Größe durch das bei der Färbung innegehaltene Verfahren (Dauer der Alkoholeinwirkung) beeinflusst. Zu bemerken ist, dass bei allen drei Thierspecies weit häufiger als beim Menschen auch stäbchenförmige Figuren von verschiedener Länge, meist von Diplokokkenlänge, aber auch längere vorkommen. Über ihre Bedeutung vermag Verf. keine sicheren Angaben zu machen; jedenfalls sind dieselben aber nicht das Produkt einer Verunreinigung der Kultur.

Die Frage, in welcher Weise die zu seinen Versuchen benutzten Thierspecies sich verhalten, wenn die Impfungen mit dem höchst virulenten Kulturmaterial nicht von der Lunge, sondern von der Haut oder anderen Organen aus vorgenommen werden, hat Verf. nicht erörtert.

A. Fraenkel (Berlin).

---

6. **Raymond** und **Arthaud.** Recherches experimentales sur l'étiologie de la tuberculose.

(Arch. générales 1883. Bd. I.)

Die Verff. geben in einem größeren einleitenden Aufsatze zunächst eine sehr vollständige kritische Übersicht über die Versuche, welche bis Ende 1882 angestellt worden sind um das Wesen der Tuberkulose experimentell zu ergründen. In einem zweiten Theil ihrer Arbeit berichten sie über ihre eigenen Untersuchungen. Es ist ihnen immer

gelungen mit auch noch so verdünnten tuberkulösen Produkten bei Kaninchen Impftuberkulose (allgemeine) zu erzeugen, es gelang in keinem Fall durch Injektion anderer als tuberkulöser Massen etwas Ähnliches hervorzurufen. Wegen der Kautelen, namentlich bei den letzteren Versuchen ist das Original zu vergleichen. Die Nachprüfung der Koch'schen Entdeckung hat, obgleich die Verff. nicht mit den gleichen Methoden arbeiteten, sondern wesentlich die Pasteur'schen Verfahren anwandten, eine volle Bestätigung ergeben. Der Bacillus gedieh in Kaninchenbouillon und in Fleischextrakt-Nährflüssigkeit; übrigens wurden auch die Versuche auf Koch'schem festem Nährboden mit Erfolg wiederholt. Mit der dritten Kultur wurden Kaninchen mit Erfolg geimpft (Sektion). Auch Versuche an anderen Thierarten wurden angestellt.

Kulturen, die während einer Stunde auf 100° erhitzt waren, sind nicht mehr wirksam. Die Verff. haben in den Kulturen außer den Stäbchen zu gewissen Zeiten auch sporenartige Körperchen gefunden und sind nicht abgeneigt zu glauben, dass es sich hier um Entwicklungsformen des Bacillus handele.

Der Bacillus wächst zwar schon bei 25° C., aber sehr langsam, die ihm gedeihlichste Temperatur liegt zwischen 34 und 38°.

Die Verff. sagen: »Alle Thatsachen, die wir beobachtet haben, führen uns also darauf, dass die Koch'schen Untersuchungen den wahren Organismus der Tuberkulose kennen gelehrt haben; außer einigen Detailpunkten sind uns alle Eigenschaften (des Bacillus), welche dieser Autor angiebt, exakt erschienen.«

Die Arbeit ist mit großer Gewissenhaftigkeit durchgeführt.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

7. **H. Maas.** Über Fäulnisalkaloide.

(**Vortrag**, geh. am 4. April 1883 in der 1. Sitzung des XII. Kongresses der D. Gesellsch. f. Chirurgie.)

(Verhandlungen der Gesellschaft, Berlin 1883. Theil II. p. 167.)

M. ergänzt und erweitert durch seine interessanten Untersuchungen die früheren Arbeiten über die chemische Beschaffenheit des septischen Giftes (Panum, Hemmer, v. Bergmann und Schmiedeberg, Zülzer und Sonnenschein, Senator, Hiller, Mikulicz, Dupré, Bence Jones, Selmi, Brieger u. A.) in werthvoller Weise.

Er benutzte als Fäulnismaterial Muskelfleisch von menschlichen Leichen oder von frisch geschlachteten Ochsen, auch menschliche Gehirne. Einmal wurde noch in Fäulnis begriffenes Muskelfleisch einer mit Erfrierung des Fußes behafteten Pat., welche schnell an Tetanus starb, dem übrigen Fleisch hinzugesetzt. M. benutzte (wie Ref. schon empfohlen) nur die ersten Stadien der Fäulnis, als für die Infektion besonders gefährlich, zu seinen Untersuchungen.

Die Massen blieben in Mengen von 500—1000 g 12, 24, höchstens 48 Stunden im Wärmekasten bei einer Temperatur von +25° C. (ohne Wasser), wurden dann mit Alkohol übergossen und mit Weinsäure angesäuert. Diese öfter wiederholten Auszüge wurden filtrirt, auf dem Wasserbade eingedampft, fettige und harzige Ausscheidungen nochmals abfiltrirt, und der Rückstand mit Wasser ausgewaschen. Die so erhaltene wässerig-weinsaure Lösung wurde nochmals zur Syrupkonsistenz eingedampft, tropfenweise mit Alkohol gefällt, der Alkohol nach dem Filtriren wieder verjagt und nun aus den rückständigen Massen die weinsauren Salze der Fäulnisalkaloide in Wasser gelöst. Diese Lösung gab die für die Erkennung der Alkaloide charakteristischen Reaktionen (mit Platinchlorid, Phosphormolybdänsäure, Jodjodkaliumlösung, Kaliumquecksilberjodid u. a.).

Die Isolirung der einzelnen (oder richtiger einzelner) Alkaloide gelang nun M. durch Ausschütteln dieser wässerig-weinsauren Lösung (welche zuvor Behufs Freimachung der Alkaloide mit Natronlauge versetzt war) mit Äther, Amylalkohol und Chloroform. In dem Ätherauszug fanden sich nach Abdestilliren des Äthers zwei verschiedene Alkaloide, nämlich 1) ein sehr flüchtiges, mit Platinchlorid schöne Krystalle bildendes Alkaloid, welches beim Verdampfen ganz kleiner Mengen einen intensiven Gestank verbreitete und hinsichtlich seiner physiologischen Wirkung nicht näher geprüft werden konnte. 2) Eine ölige, in Äther lösliche, stark alkalisch reagirende Base, welche mit Salzsäure Krystalle bildete. Die wässerige Lösung dieser Salze wirkte subkutan eingespritzt stark betäubend; Kaninchen verfielen längere Zeit in einen schlafähnlichen Zustand, Frösche blieben 4—5 Tage lang reaktionslos, erholten sich dann aber wieder. 3) Eine 6—8fach größere Menge eines gleichfalls mit HCl lösliche Salze bildenden Alkaloids erhielt M. durch Ausziehen der nach der Ätherextraktion zurückbleibenden Masse mit Amylalkohol. Die wässerige Lösung dieser Base ist ungemein giftig. Frösche und Kaninchen verfallen bei subkutaner Anwendung unter Zuckungen der Extremitätenmuskeln in einen komatösen Zustand, werden stark dyspnoisch und gehen nach 30—40 Minuten unter Aufhören der Respiration zu Grunde, während das Herz noch einige Zeit fortschlägt. Das Blut dieser Thiere zeigt massenhafte Zerfallskörperchen, ist aber, anderen Thieren eingespritzt, unschädlich. Kleinere Dosen dieses Alkaloids erzeugten nur verminderte Fresslust und einige Tage andauerndes Fieber. 4) Der nach Schütteln mit Amylalkohol zurückbleibende Rückstand, welcher noch Alkaloidreaktion zeigte, wurde dann mit Chloroform ausgeschüttelt und so ein Alkaloid dargestellt, welches als salzsaures Salz bei Fröschen die exquisitesten Erscheinungen des Tetanus hervorrief, wie bei Strychninvergiftung.

Beiläufig erwähnt M. noch, dass auch eine wässerig-weinsaure Lösung der Fäulnisalkaloide, welche sich in 1000 g faulenden Muskelfleisches gebildet hatten, bei großen Kaninchen alle Erschei-

nungen des Tetanus hervorrief, welche von denen nach Strychninvergiftung gar nicht zu unterscheiden waren und 20 Minuten nach der Applikation des Giftes auftraten. (Es kamen zur Zeit dieser Untersuchungen, von M. erwähnt, in Freiburg und Umgegend wiederholt Fälle von Trismus und Tetanus vor.) **A. Hiller** (Breslau).

---

8. **J. Runeberg.** Klinische Studien über Transsudationsprocesse im Organismus.

(Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XXXIV. p. 1—55.)

Verf. hat bei 36 Pat. mittels der Scherer'schen Methode den Eiweißgehalt von 121 Peritonealtranssudaten und von 48 anderen Kapillargebieten entnommenen serösen Ausscheidungen bestimmt. Hierbei zeigte sich, dass der Albumingehalt der auf Hydrämie beruhenden Ascitesflüssigkeit (hierzu rechnet R. vorzüglich die nephritischen Formen) 0,03—0,41 (im Mittel 0,21) %, bei Portalstase 0,37 bis 2,68 (im Mittel 0,97) %, bei allgemeiner venöser Stase 0,84—2,3 (im Mittel 1,67) % und bei carcinomatöser Peritonitis 2,7—3,51 (im Mittel 2,7) % betrug. Ein Vergleich des Peritonealtranssudats mit der Ödemflüssigkeit des Unterhautzellgewebes, mit Pleura- und Perikardialflüssigkeit innerhalb derselben Pat. wies nur in der Ödemflüssigkeit einen wesentlich geringeren Eiweißgehalt, zwischen demjenigen der beiden letztgenannten Transsudate und der Ascitesflüssigkeit hingegen keinen erwähnenswerthen Unterschied auf. Bei Entzündungen der Haut hingegen, wie sie durch Vesikatore erzielt wurden, resultirte ein besonders hoher Albumingehalt (im Mittel 5,86%), wie er weder von jenem der genannten Gruppen noch von dem eines seropurulenten pleuritischen Exsudates erreicht wird. Stets aber blieben die Eiweißwerthe hinter dem des Blutserums zurück, von welchem sie kommen. Während gut genährten Individuen ein Procentgehalt ihres Blutserums von 7—8 eigen ist, kann derselbe bei hydrämischen Zuständen bis auf 4 und 3% sinken. Der eiweißherabmindernde Einfluss der hydrämischen Blutbeschaffenheit auf diejenige des Transsudates tritt unzweifelhaft hervor, besonders bei kachektischen Carcinomkranken. Die Hoppe'sche Beobachtung, dass der Eiweißgehalt der Ascitesflüssigkeit mit dem Alter des Transsudates zunehme und, je häufiger die Punktionen auf einander folgen, desto geringer werde, bestätigt R. durch sorgfältige eigene Untersuchungen, lehnt indess die von Hoppe gegebene Erklärung des Sachverhaltes durch Rückkehr des Wassers und des Salzes, nicht aber oder in nur sehr geringem Maßstabe des Eiweißes aus der Peritonealflüssigkeit in das Blut als Hauptgrund ab. Vielmehr wird in erster Linie vom Verf. unter Zugrundelegung seiner bekannten Theorie von der Zunahme des Eiweißes im Filtrat mit der Druckabnahme gerade die Abnahme der Differenz zwischen dem Blutdruck und demjenigen des Transsudats beschuldigt, in so fern der hydrostatische Druck in der Bauchhöhle

steigt, je mehr das Transsudat sich im Innern vermehrt. (Die Bedenken, welche sich von anderer Seite gegen die R.'sche Theorie geltend gemacht, berücksichtigt der Autor befremdlicher Weise nicht.) Über den Einfluss der Cirkulationsgeschwindigkeit in den transsudirenden Gefäßen wird keine bestimmte Meinung gewagt.

Verf. glaubt, dass die Untersuchung der Ascitesflüssigkeiten auf ihren Albumingehalt auch für die praktische Medicin in Hinsicht auf die Diagnose (weniger die Prognose) von Werth sei und stellt folgende Regeln auf:

»0,3 % Eiweiß bezeichnet immer einen reinen hydrämischen Ascites; 0,3—0,5 % einen hydrämischen Ascites bei weniger hochgradiger Hydrämie oder bei eintretender Resorption, Portalstase bei hochgradiger Hydrämie, allgemeine Stase bei sehr hochgradiger Hydrämie; 1,0 bis 1,5 % Portalstase, allgemeine venöse Stase bei mäßiger Hydrämie; 1,5—2,0 % allgemeine venöse Stase, Portalstase bei besonders gutem Ernährungszustande, Portalstase in Ausnahmefällen bei alten, den Bauch stark spannenden Transsudaten, so wie auch bei vor sich gehender Resorption; 2,5—3,0 % die letztgenannten Transsudate in Ausnahmefällen, carcinomatöse und entzündliche Transsudate bei sehr hochgradiger Kachexie; 3,0—4,5 % carcinomatöse und entzündliche Processe im Peritoneum bei allgemeiner Kachexie; 4,5—6,0 % entzündliche Processe im Peritoneum bei gutem Ernährungszustande, carcinomatöse Peritonitis in Ausnahmefällen bei alten Transsudaten mit starker Spannung im Bauche.«

Außer durch die zeitraubende Scherer'sche Methode kann der Eiweißgehalt für klinische Zwecke mit hinreichender Genauigkeit durch das specifische Gewicht nach Reuss bestimmt werden (nach der von diesem entworfenen Tabelle würde einem Eiweißgehalt von 1 % 1010, von 2 % 1012—1013, von 3 % 1015—1016, von 4 % 1018 etc. entsprechen), oder aber direkt durch Wägen einer getrockneten abgemessenen Portion des fraglichen Transsudates unter Subtraktion einer bestimmten, auf empirischem Wege gefundenen Zahl (1,18 für entzündliche, 1,07 für nichtentzündliche Transsudate) vom gefundenen Werthe.

Den Schluss bilden einige Bemerkungen über die Beschaffenheit der verschiedenen Peritonealtranssudate so wie die ebenfalls im Original einzusehenden Krankengeschichten der 36 Pat., welche den Untersuchungen gedient haben. (Ref., der mit großem Interesse der Darlegung der Resultate in ihrem wissenschaftlichen Werthe gefolgt ist, muss dem Leser die Bestimmung des Maßes der klinisch-praktischen Verwerthbarkeit, vornehmlich der dem Original wörtlich entnommenen »Regeln« überlassen.) **Fürbringer** (Jena).

---

9. Leube. Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten.
(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VI. Hft. 3. p. 189.)

Verf. führt in der Einleitung aus, dass die Schwierigkeiten einer sicheren Diagnose der den Magenkrankheiten zu Grunde liegenden pathologischen Veränderungen noch außerordentlich groß sind. Wenn auch die Untersuchung mit Beleuchtungsapparaten noch Vieles verspricht, so ist ihr Nutzen momentan doch noch beschränkt.

Die gangbaren Verwerthungen fühlbarer Tumoren zur Diagnose des Carcinoms, lokalisirte Schmerzen für Ulcus, können vollständig im Stich lassen oder irre führen; L. redet desshalb besonders das Wort der Untersuchung der physiologischen Verhältnisse der Magenarbeit. Zur Kenntnis dieser gelangt man durch die Untersuchung des Mageninhalts und für die Erlangung desselben ist erste Bedingung eine uneingeschränkte Verwendung der M a g e n s o n d e. Die Methode ist ohne jede Gefahr, sobald man sich dazu versteht, die Anwendung der harten Sonde zu verwerfen und nur noch den Gummischlauch, den großen Nélaton'schen Katheter zur Ausspülung zu verwenden.

Dieselbe hat unbedingt große Vortheile und die Thatsache, dass eine Frau, wie in einer Krankengeschichte mitgetheilt wird, eine ganze Sonde verschluckt und erst nach langer Zeit wieder erbrochen hat, kann die Verwendung des Schlauches nicht einschränken, sondern lässt es nur als nothwendig erscheinen, dass die Ausspülungen vom Arzte selbst bewacht werden.

Zwei Punkte scheinen in praktischer Beziehung von besonderer Wichtigkeit: 1) die Feststellung der zeitlichen Dauer der Digestion und 2) die Bestimmung der Stärke der Saftsekretion im einzelnen Falle.

Zur Ausführung der e r s t e n Untersuchung verfährt L. so: »Der Kranke bekommt Suppe, ein großes Beefsteak und ein Weißbrötchen zu essen und genießt die nächsten 7 auf diese Mittagsmahlzeit folgenden Stunden nichts mehr. Am Ende der 7. Stunde wird eine Probeausspülung gemacht und das hierbei gewonnene Resultat zur Diagnose des betreffenden Falles verwandt.« Ein gesunder Magen wird in dieser Zeit die Mahlzeit verdaut haben, so dass die Waschflüssigkeit vollkommen klar ohne Speisereste wieder zum Vorschein kommt. Bei weiblichen Individuen zur Zeit der Menses kann die Verdauungszeit länger werden.

L. empfiehlt im Allgemeinen bei jedem Magenkranken die Probe vorzunehmen; dieselbe wird nur unnöthig sein bei akuten Katarrhen, die voraussichtlich schnell heilen und wird kontraindicirt durch Ulcus und Neigung zu Blutung, wie sie besonders bei einer »perniciösen« Anämie bestand.

Ist die Spülflüssigkeit klar, so ist die Dauer der Magenfunktionirung normal, und die bestehende Dyspepsie auf Gastralgie, zweifelhaft auf Ulcus, ganz speciell aber auf nervöse Dyspepsie zu beziehen. Die therapeutischen Maßregeln müssen hierbei selbstverständlich ganz

andere sein als im umgekehrten Falle, wo diätetische Kuren anzuwenden sein würden.

II. Bestimmung der Intensität der Sekretion des Magensaftes. Die Versuche zur Gewinnung des Magensaftes müssen am leeren Magen angestellt werden. Die Feststellung des Säuregehaltes im Magensaft geschieht mit Lakmustinktur oder Tropaeolinlösung, des Pepsingehaltes durch die Probe, vermittels des Magensaftes Eiweißwürfel aufzulösen. Die Anregung der Saftabscheidung im Magen lässt sich mit einer harten Sonde, die längere Zeit liegen bleibt, ausführen. Aber durch diese Methode ist eine Angabe über die Intensität der Sekretion nicht zu gewinnen. Dagegen eignet sich hierzu viel besser die Eingabe einer Graupensuppe.

Um durch chemischen Reiz die Saftsekretion zu erzwingen, wendet L. Sodalösung an. Nach Reinigung des Magens werden 50 cc einer 3%igen Sodalösung eingegossen. Nach 12 Minuten wird der Magen mit 500 ccm lauem Wasser nach wiederholtem Ein- und Auslaufenlassen derselben Flüssigkeit ausgespült.

Anlangend die Acidität ergiebt sich, dass ein normaler Magen in 12 Minuten die eingeführte angegebene Sodamenge neutralisirt, so dass, wenn nach dieser Zeit die Sodalösung noch alkalisch reagirt, eine Insufficienz der Magensekretion im einzelnen Falle angenommen werden darf. Während diese Methode den entschiedenen Vortheil hat, dass sie überall anwendbar ist, haftet ihr der Mangel an, dass durch Bildung von Kochsalz neue Reize für die Sekretion eingeführt werden. Es wird desshalb in dritter Reihe die Magensaftsekretion durch thermische Reize hervorgerufen. L. macht dies durch Eingießen von 100 ccm Eiswasser, lässt dies 10 Minuten lang im Magen und spült es dann wie oben mit neuen 300 ccm Wasser aus. Die Beobachtungen, welche L. an Magensaft, der durch die Sodaeingießung gewonnen, machen konnte, sind in einer Tabelle zusammengestellt, in einer zweiten Tabelle die Resultate, welche mit der Eiswassermethode erhalten wurden. Aus den Tabellen lässt sich das Verhalten der Zeit der Magenverdauung, der Säureabscheidung, der Pepsinabscheidung erkennen. Es ergiebt sich daraus, dass der gesunde Magen auf die angewandten Reize prompt reagirt. Bei allen schwereren Dyspepsien, so weit sie nicht nervöser Natur waren, war die Verdauung fast immer bedeutend verzögert. Ein Fall von Urämie sei besonders hervorgehoben, bei welchem der Versuch ergab, dass die Sekretions- und Verdauungsverhältnisse des Magens im normalen Zustande waren, die bestehende Dyspepsie daher auf nervöse Ursache zurückgeführt wurde. Von Nutzen muss es jedenfalls sein, im Einzelfalle derartige Untersuchungsverhältnisse diagnostisch und therapeutisch zu verwerthen.

Im Anschluss erwähnt L. Fälle, welche unter dem Bilde einer unkomplicirten Dyspepsie verlaufen, die ihre Entstehung der Malariainfektion verdanken, und durch Chinin rasch und dauernd heilen. Bei einem Pat., dessen Dyspepsie jeder Kur trotzte, stellte sich ein deutlicher Tertiantypus heraus.

Die Heilung der 6 Monate alten Erkrankung erfolgte durch Chinin sofort. Ein zweiter Fall ist ausführlich mitgetheilt. Die Ätiologie, der Umstand, dass Pat. früher Intermittensanfälle gehabt hatte, dass derselbe Zustand vor einem Jahr bestanden hatte und durch Klimawechsel geheilt war, sprach unzweifelhaft für die Malariainfektion. Chinin beseitigte die Dyspepsie mit einem Schlage. Ord. war in 6 Dosen à 0,5 in 2—3 Tagen. **Finkler** (Bonn).

---

10. **H. Huchard.** Des angines de poitrine.

(Revue de méd. 1883. No. 4. 6. 8. 9.)

H. geht von der Ansicht aus, dass man nicht eine, sondern verschiedene Arten von Angina pectoris annehmen müsse, und dass die zahlreichen Theorien über das Wesen der Angina pectoris zum großen Theil richtig, aber jede nur für einen Theil der Fälle zutreffend sind. Er unterscheidet zunächst scharf zwischen wahrer und falscher Angina pectoris. Erstere charakterisirt sich durch plötzlichen Beginn und kurze Dauer, sie entsteht bald auf äußeren Anlass, bald ohne solchen, ihre Haupterscheinung ist die Angst; ein eigentlicher Schmerz sind nicht immer, aber häufig vorhanden; eben so Irradiationen des letzteren. Dyspnoe gehört nicht zum Krankheitsbilde. Die Ursache dieser wahren Angina ist stets eine Anämie des Herzens, und der Grund der letzteren in den bei Weitem meisten Fällen eine Sklerose der Coronararterien in ihrem Beginn (Verengung der Arterien in ihrem Verlauf kann nur partielle Anämie bedingen) oder der Aorta an der Ursprungsstelle der Coronararterien; sehr viel seltener wird die Anämie durch Schwäche des degenerirten Herzmuskels bewirkt. Neuritis des Herznerven ist nicht die Ursache, sondern nur eine, übrigens ziemlich seltene, Begleiterscheinung der Angina pectoris (bedingt durch Übergreifen des entzündlichen Processes von den Arterien auf die Nerven).

Der wahren Angina am nächsten steht eine Form, die ebenfalls auf Anämie des Herzens beruht, nur dass die Anämie hier durch nervöse Aktion (Reizung der Vasokonstruktoren) zu Stande kommt. Dies ist der Fall bei der Tabakvergiftung; die Anginaanfälle sind hier meist noch von anderen Störungen in der Herz- und Respirationsthätigkeit begleitet (Arhythmie, Palpitationen, Dyspnoe etc.).

Eine weitere Form ist die Angina »der Neuropathen oder Neuroarthritiker (hysterische, neurasthenische, arthritische, hypochondrische Angina)«. Sie tritt in früherem Alter auf, ihre Anfälle sind frequenter, länger, häufig von Dyspnoe begleitet, von vasomotorischen Störungen eröffnet, sie gehen in der Regel in Heilung über; die Zwischenzeit zwischen den Anfällen ist frei von Störungen der Herzaktion. Der Ausgang in Heilung ist gleichfalls die Regel bei derjenigen Angina pectoris, welche die in Folge von Magenleiden eintretenden Herzaffektionen öfters begleitet; hier ist fast stets eine kurz vorangegangene Mahlzeit als Ursache nachzuweisen, der Schmerz sitzt mehr vor dem Herzen, nicht unter dem Sternum; Gefühl von Völle, Herzklopfen,

Dyspnoe sind fast immer vorhanden. Diese Anfälle werden als Reflexneurosen gedeutet.

Für die Behandlung der Anfälle empfiehlt H. in erster Linie das Amylnitrit, in zweiter Morphininjektionen; für die Vermeidung derselben bei wahrer Angina pectoris ein streng hygienisches Verhalten und eine Behandlung der ursächlichen Arteriitis mit Jod.

Strassmann (Leipzig).

---

11. **Albert Giscaro.** Étude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse aves les pneumonies dites à forme typhoide.

Thèse de Paris 1883. 111 p.

Eine sehr lesenswerthe fleißige Arbeit, welche sich namentlich durch ein genaues Studium und gut kritische Verwerthung der in der Litteratur niedergelegten reichlichen Beobachtungen von Pneumonieepidemien, von Fällen infektiöser Pneumonie (adynamische, asthenische Pneumonien, Pneumonia erysipelatosa, migrans etc. etc.) auszeichnet, eine große Anzahl solcher Fälle, einige Epidemien genauer schildert und zu folgenden Schlüssen kommt:

Unter dem Namen typhoide Pneumonie hat man zwei Krankheitsformen vermischt, die getrennt werden müssen. Zunächst kann ein entzündlicher Herd in der Lunge unter dem Einfluss allgemeiner Ursachen (Verfall des Organismus) mit einem typhusähnlichen Zustande einhergehen. Ätiologisch unterscheiden sich diese Pneumonien nicht von der klassischen Form, der Organismus nur, in dem sie sich entwickeln, scheint ihren Verlauf zu beeinflussen. Von diesen Pneumonien in Typhus*form* muss man trennen die als *infektiöse Pneumonie* bezeichnete Art, welche zwar auch unter dem Bilde des Typhus einhergehen kann, sich aber doch durch ihre Pathogenese, ihre klinische Physiognomie und wohl auch ihre Prognose von der erstgenannten Art unterscheidet.

Namentlich lassen sich in der Ätiologie entschiedene Unterschiede auffinden. In der »typhoiden Pneumonie« trifft den vorbereiteten Organismus irgend eine krankmachende Ursache (Erkältung meist), bei der »infektiösen Pneumonie« ist immer ein inficirendes Agens vorhanden. Sie trifft meist junge kräftige Individuen und tritt zuweilen epidemisch (endemisch? Ref.) auf.

Anatomisch lassen sich die beiden Formen zunächst noch nicht unterscheiden; auch klinisch können sie sich gelegentlich gleichen, doch scheinen gewisse Symptome nur der letzteren Form zuzukommen. (Hier liegt übrigens der schwächste Punkt der Beweisführung des Verf.) So die Existenz einer besonderen Albuminform im Urin (*Bouchard's* Albuminie retractile), dann das Vorkommen von Mikroben im Urin (*Capitan*). Diese »infektiöse Nephritis« ist, wie auch die Lungenlokalisation, der »Folgezustand einer Blutveränderung«. Das wird auch bewiesen durch die Neigung zu entzündlichen Affektionen der serösen Häute, durch das Eintreten von Hämorrhagien (Epistaxis,

Hämaturie), durch die Milzschwellung, durch das häufige Vorkommen von multiplen pneumonischen Herden etc.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

12. **Gouguenheim.** De l'oedème des replis aryténo-épiglottiques surtout dans les maladies chroniques du larynx.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. No. 3. Juli. p. 125 ff.)

G. bringt in diesem Artikel die schon früher von ihm behauptete Thatsache nochmals zur Diskussion, dass die Dyspnoe bei dem in Rede stehenden Ödem nicht auf einer Annäherung der geschwollenen ary-epiglottischen Falten und einem Hineingezogenwerden derselben in den Kehlkopfeingang bei der Inspiration beruhe, wie dies seit Sestier bisher allgemein angenommen wird, sondern dass, wenn bei bestehendem Ödem Athemnoth vorhanden sei, diese durch krampfhafte Annäherung der Stimmbänder bedingt werde. Bei der laryngoskopischen Untersuchung solcher Pat. sieht man, dass bei der Inspiration die ödematös-infiltrirten Falten sich, entsprechend der Bewegung der Stimmbänder, direkt von einander entfernen; es müssen demnach, so schließt G., laryngospastische Vorgänge im Bereich der Glottisschließer für die Entstehung der Dyspnoë verantwortlich gemacht werden. (Ob sich G. davon freilich durch den Augenschein bei der Untersuchung des einen in einem Anfall von Dyspnoë laryngoskopirten Pat., über welchen er in der Arbeit berichtet, überzeugt hat, geht aus der Darstellung nicht hervor, ist auch nicht recht wahrscheinlich, da ja in Fällen von hochgradiger Schwellung dieser Partien der Kehlkopfeingang derartig verengert ist, dass ein Einblick in das Larynxinnere außerordentlich erschwert, ja direkt unmöglich wird. Dass nicht alle mit Ödem der ary-epiglottischen Falten einhergehenden Larynxaffektionen von Dyspnoe begleitet sind, ist bekannt, es hängt das im Wesentlichen von der Schnelligkeit der Entstehung dieses Ödems ab und es ist eine nicht wegzuleugnende Thatsache, dass in Fällen, wo dieses Ereignis rasch eintritt, auch hochgradige, event. zur Eröffnung der Luftwege Veranlassung gebende Attacken von Dyspnoe entstehen können; im Übrigen muss, gleichfalls G. gegenüber, darauf hingewiesen werden, dass ausgiebige Skarifikationen solch ödematös-infiltrirter Falten die Athemnoth derartiger Pat. rasch zum Verschwinden bringen, was mit der G.'schen Theorie durchaus nicht in Einklang zu bringen ist. Wenn also auch für gewisse Fälle die G.'sche, laryngoskopisch nicht bewiesene Ansicht ihre Berechtigung haben mag, muss eine Verallgemeinerung derselben als entschieden nicht berechtigt zurückgewiesen werden. Ref.) G. räth auf Grund seiner Anschauungen daher, nicht bei allen solche Dyspnoeanfälle darbietenden Pat. mit Ödem der ary-epiglottischen Falten zu tracheotomiren, sondern, was fast immer möglich sei (? Ref.), zunächst zu laryngoskopiren, »car cet examen peut dévoiler l'existence des lésions sous-glottiques, qui peuvent influer sur le mode opératoire«.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

13. **Rey.** Note sur les propriétés thérapeutiques de l'Erythrina corallodendron.

(Annal. méd-psych. 1883. Sept. p. 217.)

Bereits früher hat Verf. zusammen mit Bochefontaine an Hunden Versuche mit der Rinde von Erythrina corallodendron, einem zur Ordnung der Leguminosae (Familie der Papilionaceen) gehörigen, in Brasilien wachsenden und dort Mulunga oder Murunga genannten Baume, angestellt, worüber eine Veröffentlichung in der Gazette médicale vom 2. April 1881 vorliegt. Diese Versuche bestätigten, was brasilianische Ärzte bei der therapeutischen Verwendung gesehen hatten, dass das Erythrin, welchen Namen R. für das Mittel vorschlägt, die normale Thätigkeit des Centralnervensystems zu vermindern und aufzuheben vermag. Gegeben wird dasselbe in Brasilien als Tinktur, als Extrakt und auch als Syrup; die einfache Abkochung der Rinde wird vornehmlich zu Bädern benutzt. Nach Martius Costa wird beim Menschen durch Gaben von 40—50 cg des Extraktes ohne jede Erregung und ohne Einwirkung auf Temperatur und Athmung eine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit und, wenn nicht Schlaf, doch ein Zustand von Beruhigung und Wohlbefinden herbeigeführt, die Herzaktion wird eine weniger kräftige; der durch Erythrin hervorgerufene Schlaf ist ruhig, dem physiologischen ähnlich und auch das Erwachen ist ein eben solches, wie nach dem natürlichen Schlafe.

Diese beruhigende Wirkung des Mittels veranlasste Verf., dasselbe in Form von Extrakt und Tinktur bei aufgeregten und schlaflosen Geisteskranken anzuwenden. Mit Ausnahme der Fälle von allgemeiner Paralyse, bei denen kein Erfolg zu konstatiren war, wurde bei Dosen von 1—4 g des Extraktes und von 2 g der Tinktur Beruhigung und Schlaf beobachtet und zwar schien die Wirkung bei Frauen eine promptere zu sein. Der Puls wurde konstant verlangsamt bis um 20 Schläge und noch mehr. Bei den größeren Dosen waren als unangenehme, aber rasch vorübergehende Nebenerscheinungen Frost und Übelkeit zu verzeichnen.

Zu bedauern ist, dass R. wegen der geringen ihm zu Gebote stehenden Quantität des Mittels keine ausgedehnteren und keine bei den einzelnen Kranken länger dauernden Versuche anstellen konnte.

Peretti (Andernach).

---

14. **Campardon.** Sur l'emploi en thérapeutique du lythrum salicaria.

(Bull. gén. de thérap. 1883. Okt. 30.)

C. empfiehlt neuerdings eine in Vergessenheit gerathene Pflanze, den Weiderich: Lythrum salicaria, die in den gemäßigten Klimaten an den Bächen, hauptsächlich am Fuße von Weidenbäumen wächst. Die in vielen Gegenden Frankreichs vom Volke gegen allerlei Unter-

leibsbeschwerden gebrauchte Pflanze wurde früher auch von Ärzten vielfach empfohlen und insbesondere bei Dysenterie mit sehr gutem Erfolge angewandt. Diese günstige Wirkung ist auf ihren hohen Gehalt an Schleim und Tannin (0,2%) zurückzuführen. C. hat die Blätter und Stiele als Infus von 30—40,0 auf 1000 angewandt bei Typhus mit profusen Diarrhoen, bei Dysenterie, chronischen Diarrhoen aus verschiedenen Ursachen und spricht sich sehr günstig über die Wirkung dieser Medikation aus. Bei Kindern mit Diarrhoen leistet ihm gute Dienste ein Syrupus lythri, der aus 1,0 Extr. aquosi : 30,0 Syrup hergestellt und stündlich mit etwas Wasser vermischt gegeben wurde. In einigen Fällen kamen auch Pillen zur Anwendung bestehend aus Extr. lythri und Pulv. lythri āā 0,01. Auch das Pulver allein wurde gegeben in Tagesdosen von 3,0—5,0, die höchste Dosis war in einem Fall chronischer Diarrhoe 8,0.

Eine alkoholische Tinktur, dargestellt aus 1,0 Fol. lythr. : 5,0 Alkohol, hatte gute Wirkung bei Stomatitis und bei Coryza, bei der letztgenannten Krankheitsform war 1 Kaffeelöffel der Tinktur auf 1 Weinglas Wasser gegeben worden zum Hinaufschnupfen in die Nase. Bei manchen Formen der nässenden Hautausschläge (Ekzem, Intertrigo) soll sich durch das Aufstreuen des Pflanzenpulvers das Jucken vermindert und die Epidermis rasch neugebildet haben. Bei Hämoptoe wurde früher Lythrum öfters empfohlen; nach C. wirkt es hier gar nicht.

Seifert (Würzburg).

---

15. **Eulenburg.** Subkutane Injektionen von Ergotin-(Tanret-) Ergotininum citricum solutum (Gehe).

(Deutsche med. Wochenschrift 1883. No. 44.)

Die subkutane Anwendung des Ergotin hat trotz aller Versuche bei Ärzten und Pat. keinen rechten Anklang gefunden; die letzteren haben große Scheu vor der Schmerzhaftigkeit, die ersteren werden abgeschreckt durch die oftmals auftretenden örtlichen Reiz- und Entzündungserscheinungen (Pusteln, Indurationen, Abscesse). Vielfach suchte man bessere Präparate herzustellen, allein keines der speciell für Injektionszwecke hergestellten Präparate von Berg, Bombelon in Neuenahr etc. hat den Erwartungen und Ankündigungen entsprochen. Auch die wirksamen Bestandtheile des Mutterkorn, die Sklerotinsäure und das Skleromucin sind ungeeignet. E. ist nun in der Lage, als geeignetes Präparat einen in der Neuzeit aus dem Secale gewonnenen Stoff empfehlen zu können: es ist dies das von Tanret zuerst dargestellte und beschriebene Alkaloid Ergotininum, welches in der allerjüngsten Zeit von Gehe in Dresden rein dargestellt und in einer zur hypodermatischen Injektion geeigneten Lösung, als Ergotininum citricum solutum, in den Handel gebracht wurde. Das Gehesche Präparat (0,0001 Ergotinin in 1 ccm der Lösung) hat E. in 47 Injektionen geprüft und seinen Werth bei den verschiedensten Krankheitsformen untersucht. Die Beobachtungen, welche ja noch nicht

zahlreich sind, lassen doch schon erkennen, dass 1) das Gehe'sche Präparat sich zur subkutanen Anwendung recht gut eigne, weil die Schmerzhaftigkeit verschwindend gering ist und bei vorsichtiger Ausführung der Injektion üble örtliche Erscheinungen nicht aufgetreten sind; 2) eine Gabe von 0,0002—0,0007 (auch bis zu 0,001) bei Erwachsenen unschädlich ist. Außer einer bald mehr bald minder beträchtlichen Abnahme der Pulsfrequenz, welche rasch vorübergeht, so wie außer einer geringen Temperaturerniedrigung, sind physiologische Wirkungen nicht bemerkbar; 3) die Injektionen einen palliativen und syptomatischen Nutzen bei den entsprechenden Formen vasomotorischer Neurosen, Cephalalgien und Neuralgien, Morbus Basedowii etc. gewähren. Ihr Gebrauch ist zur Abkürzung und Koupirung von Anfällen mit ausgesprochenem hyperämischen, vasoparalytischen Charakter augenblicklich am wirksamsten. Auch bei herabgesetzter Leistungsfähigkeit und Tenacität des Sphincter vesicae (Enuresie, Inkontinenz aus spinaler Veranlassung) dürfte eine temporäre Besserung nicht ausgeschlossen sein bei Anwendung des Mittels.

Prior (Bonn).

---

16. Glaevecke. Über subkutane Eiseninjektionen.

(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883. Bd. XVII. Hft. 6. p. 466.)

Nach Versuchen von G. an Kaninchen, welchen 0,12—1,0 Eisensalz subkutan injicirt wurde, wird unter den zu diesem Zwecke geprüften Eisenverbindungen das Ferrum citricum oxydatum am besten und sichersten resorbirt. Ferr. sulf. oxydul. wird durch Hinzufügen der doppelten oder dreifachen Menge Natr. citr. leidlich resorbirbar; schlecht aufgenommen wird dagegen Ferr. peptonatum, ganz unresorbirbar ist Ferr. sulf. ammoniac. Das Fe wird größtentheils durch die Nieren, zum kleineren Theile durch die Leber wieder ausgeschieden. Die Ausscheidung durch den Harn beginnt ungefähr $^1/_2$ Stunde nach der Injektion, erreicht in der 2.—4. Stunde ihren Höhepunkt, um mit der 25. Stunde ihr Ende zu erreichen; das Eisen ist im Harn stets als Oxydul oder Oxydulsalz enthalten, ganz gleich ob ein Ferri- oder Ferrosalz injicirt wurde. Die normale Galle enthält Fe als Oxydsalz; nur spurweise ist dasselbe in der 4.—8. Stunde nach der Injektion als Oxydul nachweisbar, welche Umstände dafür zu sprechen scheinen, dass das Fe im Körper stets als Oxyd vorhanden ist (?) und dass im Urin nur eine Reduktion desselben zu Oxydul stattfindet. Das Blutserum und die Ascitesflüssigkeit enthielten — $6^1/_2$ Stunde nach der Injektion — Fe sowohl als Oxyd, wie als Oxydulsalz; in dem (eiweißfreien) Humor aqueus wurde kein Eisen gefunden, letzteres scheint also nur an Albuminate gebunden im Körper zu existiren.

In der Niere lässt sich das Eisen mikrochemisch noch 3 Tage nach der Injektion nachweisen (Untersuchung mit Schwefelammon). Die Glomeruli sind stets eisenfrei. Das Eisen zeigt sich dagegen

in den gewundenen Harnkanälchen, theils im Lumen, theils auch in Körnchenform den anderen Theil der Epithelien erfüllend. Es wird dasselbe offenbar also durch die sekretorische Thätigkeit der gewundenen Harnkanälchen in den Nieren ausgeschieden. Eben so lange wie in den Nieren lässt sich das Fe auch in der Leber mikrochemisch nachweisen; auch hier sind die Zellen — in späteren Stadien besonders die Randzellen der Acini — diffus gefärbt und mit feinkörnigem Inhalt erfüllt. Auf den Eisengehalt der Milz und des Knochenmarkes hat die subkutane Injektion von Eisensalzen keinen Einfluss.

Zu Injektionen bei Menschen empfiehlt G. das Ferr. citr. oxyd. in Dosen von 0,1 für Erwachsene; für Kinder durchschnittlich die Hälfte — in 10%iger Lösung. Die damit erzielten Resultate, besonders in einem Falle von Chlorose und einem von sekundärer Anämie nach Magenblutung, waren »zufriedenstellend«. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

17. **O. Berger.** Zur elektrischen Behandlung des mimischen Gesichtsmuskelkrampfs.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 19.)

B. theilt einen durch centrale galvanische Behandlung geheilten Fall von Gesichtsmuskelkrampf mit. Derselbe bestand bei dem 22jährigen Pat. (einem Mediciner), in Folge einer Mensurverletzung an der linken Wange, seit ca. 5 Monaten, ohne dass, abgesehen von vereinzelten geringen Remissionen, ein wesentlicher Nachlass auch nur für einige Stunden oder gar Stillstand eingetreten wäre. Morphiuminjektionen, Arsenik, Bromkalium etc., so wie auch die örtliche (labile!) Anwendung des konstanten Stromes blieben ohne Erfolg; der Kranke war im Begriff, sich die Narbe excidiren zu lassen, als ihm B. eine nochmalige galvanische Behandlung in Vorschlag brachte. Diese bestand zunächst in stabiler Anodenapplikation auf den linken N. infraorbitalis, während mit der Kathode in der Hand geschlossen wurde, wobei jedoch nur momentaner Erfolg eintrat. Es wurde nun die Anode (in Form einer mittelgroßen feuchten Platte) auf das Hinterhaupt aufgesetzt, Kathode in der Hand (mittelstarker Strom, 10 Minuten Dauer). »Die Krämpfe cessirten sofort und sind seitdem nicht wiedergekehrt« (Heilung seit 9 Monaten). B. meint, dass es sich hier um die »anolektrotonisirende Wirkung des galvanischen Stroms auf das im Zustande krankhafter Erregbarkeitssteigerung befindliche Reflexcentrum« (der Med. oblong.) gehandelt habe und glaubt die Galvanisation am Hinterhaupt als eine Methode der antispastischen Behandlung in analogen Fällen empfehlen zu müssen. **A. Eulenburg** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

18. A. Cahn. Gastritis diphtherica mit akuter gelber Leberatrophie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. p. 113—121.)

Die im Titel genannte Kombination wurde bei einem 17jährigen Mädchen mit Rachendiphtherie beobachtet, zu welcher am 8. Tage hämorrhagische Diathese und Ikterus getreten war; weiterhin heftige Schmerzen in der Lebergegend, deren Perkussion eine Abnahme der Dämpfung ergab, hämorrhagisches Erbrechen, blutige Durchfälle; am 13. Tage Tod. Bei der Autopsie enthält der Magen blutig gefärbte Flüssigkeit. Die in Flocken und Streifen angeordneten, z. Th. hämorrhagischen Auflagerungen haften fest an der Oberfläche und nehmen die superficielle Schleimhautschicht mit hinweg. Keine Ulcerationen. Leber 1400 g schwer, im Zustand parenchymatöser Hepatitis. Phosphor- und Arsenintoxikation waren ausgeschlossen. Verf. ist geneigt, die nahe Nachbarschaft des diphtherisch erkrankten Magens mit Rücksicht auf die Gefäßbeziehungen für die Leberveränderung verantwortlich zu machen. **Fürbringer** (Jena).

19. Boström. Über Distoma hepaticum beim Menschen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIII. Hft. 6.)

In die medicinische Klinik zu Erlangen wurde am 18. Juli 1880 ein Schleusenwärtergehilfe aufgenommen mit Ikterus, aufgetriebenem und in der Nabelgegend druckempfindlichem Unterleib. Unterhalb des Nabels, etwa 3 Querfinger von der Mittellinie entfernt, konnte ein kleiner, glatter Tumor gefühlt werden, der als die prall gefüllte Gallenblase anzusehen war. Im weiteren Verlauf nahm dieser Tumor an Umfang zu, während der Ikterus eher etwas abnahm, und es trat eine pneumonische Infiltration des linken Unterlappens auf, an der Pat. am 9. August starb.

Bei der Sektion fand sich krupöse Pneumonie des linken Unterlappens, Verkleinerung der Leber in allen Durchmessern, Dilatation der Gallenblase, und Füllung derselben mit klarer, wasserheller Flüssigkeit. Vom Duodenum aus gelangte die Sonde leicht eine Strecke weit in den Ductus choledochus hinein. Am Leberhilus fühlte man eine festere mit der Lebersubstanz in inniger Verbindung stehende geschwulstartige Induration. In den Ductus hepaticus kam die Sonde nur 5 mm weit, dort stieß sie auf ein Hindernis. Im aufgeschnittenen Ductus hepaticus lag ein ausgewachsenes Distoma hepaticum mit dem Kopfende zur Leber gekehrt. Nach dessen Entfernung quoll aus dem Lebergange dunkelgrünliche Galle. Die Hauptäste des rechten Leberganges waren noch eine Strecke weit verengt wie der Ductus hepaticus, der gleichzeitig verkürzt schien. Der Ductus cysticus war ebenfalls verkürzt und obliterirt.

Auf dem Durchschnitte fanden sich in den Indurationen am Leberhilus, in nächster Umgebung der strikturirten Gallengänge stecknadelkopfgroße, derbe, weißliche Herde, die gewissermaßen perlschnurartig angeordnet erschienen.

Das Distoma musste den allgemeinen Ikterus veranlasst haben, da durch dasselbe der Ductus hepaticus so vollkommen verlegt war, dass der Abfluss der Galle nicht nur behindert, sondern absolut unmöglich wurde. Diese Stenose des Gallenganges war durch den entzündlichen Process hervorgerufen, welchen die Einwanderung des Distoma veranlasst hatte. In Folge dieser Entzündung kam es zu der geschwulstartigen Induration in der Umgebung des Ductus hepaticus, es bestand dieselbe aus ziemlich derbem, meist sehr kernarmem Bindegewebe. Die oben erwähnten perlschnurartig angeordneten weißen Herde bestanden vollkommen aus ganz typischen glatten Muskelfasern, die als herdweise Hypertrophien der den Ductus hepaticus und seine Leberverzweigungen normaliter begleitenden und um dieselben gelagerten kontraktilen Faserelemente anzusehen sind.

In dem Inhalt der Gallenblase fanden sich zahlreiche Eier von Distoma hepaticum.

Da die Jugendformen der Parasiten nur im Sommer aufgenommen werden, das Distoma seine normale Größe erreicht hatte, der Pat. schon Anfang August starb,

kann angenommen werden, dass der Parasit schon 1 Jahr im Körper des Individuums sich befunden hat.

Wahrscheinlich ist die Jugendform des Parasiten mit dem Trinkwasser in den Menschen gelangt, da nach Leuckart die kleinen Limnaeen unserer Sümpfe und Wiesen dieselben beherbergen und durch diese Menschen und Thiere inficirt werden. Diesem Pat. als langjährigem Arbeiter am Donau-Mainkanal war besonders gute Gelegenheit geboten, sich zu inficiren. **Seifert** (Würzburg).

20. Zenker. Mittheilung über eine bisher nicht beschriebene Beschäftigungsneurose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 41.)

Das Krankheitsbild, welches Z. in vorliegender Mittheilung schildert, ist eine bei den Kartoffelfeldarbeitern vorkommende Fuß- und Unterschenkelparese, eine Neurose, die als mehr oder weniger stark ausgesprochene Gefühls- und Bewegungslähmung des unteren Theils einer oder auch zugleich beider unteren Extremitäten vorkommt. Sie befällt gewöhnlich Leute, welche längere Zeit in knieender oder kniehockender Stellung, am Boden mit den Händen arbeitend, zugebracht haben, also in erster Reihe Kartoffelarbeiter, die zur Herbstzeit Tage und Wochen lang in dieser abnormen Körperstellung zubringen.

Die Parese ist als eine der sogenannten Krückenlähmung analoge traumatische Lähmung aufzufassen, als eine Lähmung, entstanden durch den Insult langdauernder Knickung resp. Kompression der beiden großen Unterschenkelnerven in der Beuge der längere Zeit forcirt flektirt gehaltenen Kniee. Ob ätiologisch auch die Zerrung der betreffenden Nerven mit in Frage kommt, ob etwa die Konsequenzen der ebenfalls stellenweise geknickten Schenkelarterien mit in Rechnung zu nehmen sind, ob gar die gelegentliche Durchnässung und Durchkältung der beharrlich mit dem Boden vereinigten Kniee und Unterschenkel mit anzusprechen ist, lässt Z. dahingestellt.

Die Sensibilität ist am Fuß gewöhnlich in allen Qualitäten intensiv herabgesetzt, um gegen das Knie zu progressiv besser zu werden. Analog verhält sich die elektrische Erregbarkeit. **Unverricht** (Breslau).

21. Chiari. Centrales Cholesteatom des Dorsalmarkes mit vollkommen entwickelter auf- und absteigender Degeneration.

(Prager med. Wochenschrift 1883. No. 39.)

Obiger Befund fand sich im Rückenmark eines Mannes, welcher während des Lebens zunehmende Atrophie nebst spastischen Zuständen der unteren Extremitäten, zuletzt Anästhesie der unteren Körperhälfte dargeboten hatte.

Das in der Mitte des Dorsalmarks befindliche, makroskopisch scharf abgegrenzt erscheinende Cholesteatom zeigte spindelförmige Gestalt, und besaß eine Länge von 4 cm, die größte Breite war 1,5 cm. Wegen der vollkommen centralen Lage der Geschwulst innerhalb der Rückenmarksubstanz war der Ausgangspunkt derselben nicht in den Spinalmeningen zu suchen, sondern es musste dieselbe augenscheinlich in der Rückenmarksubstanz selbst entstanden sein. Die Vermuthung des Verf., dass sich das Cholesteatom aus den Epithelien des Centralkanals entwickelt habe, wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

E. Schütz (Prag).

22. A. Nieden. Ein Fall von einseitiger temporaler Hemianopsie des rechten Auges nach Trepanation des linken Hinterhauptbeines.

(v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie 1883. Bd. XXIX. Abth. 3.)

Ein sonst gesundes 22jähriges Mädchen stürzte die Treppe hinunter und schlug wiederholt mit dem Hinterkopf heftig auf die Stufen. Anfangs Bewusstlosigkeit, heftige Kopfschmerzen in der Gegend des linken Hinterhauptes, rechtsseitige Hemiplegie, Sensibilitätsstörung derselben Seite, die nächsten Tage Fieber, allmähliche Besserung, nach $2^1/_2$ Monaten kann Pat. ihre häuslichen Arbeiten wieder verrichten.

7 Monate nach der Verletzung trat abermals heftiger Kopfschmerz, Schwindel und Lähmung und Anästhesie der rechten Körperhälfte ein mit eklamptoiden Anfällen und Schmerzhaftigkeit des Schädels auf Beklopfen namentlich an einer bestimmten Stelle des linken Hinterhauptbeines. Sehschärfe und Gesichtsfelder normal, eben so der ophthalmoskopische Befund. Wegen stetiger Verschlechterung des Befindens wird von Reinhard trepanirt an der Stelle des linken Hinterhauptes, welche von der Pat. als sehr schmerzhaft angegeben wird. Nach Entfernung des Periostes zeigt sich eine Fissur des äußeren Schädeldaches, ein Stück wird jetzt heraustrepanirt, Verletzung der Dura. Eiter wird nicht entleert, festere Verwachsungen zwischen Dura und Schädeldecke in der Umgebung. Die Trepanöffnung liegt in unmittelbarer Nähe der Protuberantia interna an der Basis der linken oberen Hinterhauptsgrube, also da, wo die Spitze des linken Hinterhauptlappens dem Knochen anliegt. Heilung die ersten Tage reaktionslos und Besserung der Hemiplegie, später einige Tage mäßiges Fieber und Nekrose eines oberflächlichen Gehirnstückchens, vom 7. Tage ab jedoch stetige Besserung, nur über Sehstörung klagte Pat. N. konstatirte am 9. Tage nach der Operation auf dem rechten Auge $S = {}^1/_{20}$ und temporale Hemianopsie, jedoch nach oben auch die innere Gesichtsfeldhälfte etwas eingeengt, links Gesichtsfeld fast normal, leichte periphere Einengung $S = {}^{10}/_{15}$. Die rechtsseitige temporale Hemianopsie blieb bestehen, während Pat. sonst geheilt wurde. Eine nur partielle Zerstörung des linken Sehcentrums hat hier die rechtsseitige temporale Hemianopsie verursacht, während das linke Auge fast ganz intakt geblieben ist. Der ophthalmoskopische Befund war negativ.

Uhthoff (Berlin).

23. J. **Wolff.** Über doppelseitige fortschreitende Gesichtsatrophie.

(Verhandl. der med. Sektion der schlesischen Gesellschaft.)

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1883. No. 18 u. 19.)

Ein tuberkulös und auch einigermaßen neuropathisch belastetes Mädchen behielt nach einem im 6. Jahre durchgemachten Scharlach und heftiger Diphtherie außer Schling- und Athembeschwerden auch Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte zurück, die allmählich zu Atrophie und Haarschwund derselben Seite führten. In ihrem 23. Jahr (1882) ins Hospital aufgenommen, werden ihr beide Tonsillen, von denen die rechte besonders stark hypertrophirt war, excidirt, ohne eine wesentliche Besserung zu erzielen. Die Kranke acquirirt im Hospital 2mal einen Abdominaltyphus, nach welchem die Atrophie und der Haarschwund zunehmen und auch auf die linke Seite übergreifen. Die Atrophie erstreckt sich auf die Haut, Panniculus adiposus, Muskeln und Knochen des Gesichts; auch die rechte Zungen- und Gaumenhälfte sind atrophisch. Die Sensibilität der erkrankten Seite ist eher gesteigert, die Kontraktilität nicht verändert, der elektrische Leitungswiderstand vermindert. Auf der atrophischen Seite werden deutliche Venennetze sichtbar und die Haut zeigt sich an verschiedenen Stellen pigmentirt. Am linken Auge wird die als Anaesthesia retinae bezeichnete Einengung des Gesichtsfeldes konstatirt. In der letzten Zeit kamen wiederholt Zuckungen in den Gesichts-, Kau- und Halsmuskeln der rechten Seite zum Vorschein. Außerdem leidet die Kranke an Infiltration der Taschenbänder des Kehlkopfs mit beginnender Ulceration und abendlichem Fieber — übrigens ergiebt sich bei Temperaturmessungen, dass in der linken Achselhöhle oder Gehörgang die Temperatur bis zu 1° C. höher ist als rechts — ohne nachweisbare Veränderungen in den Lungen. W. glaubt, dass es sich um eine Neuritis des Trigeminus und Facialis handle, die auf infektiöser Basis sich entwickelt habe und mit Tonsillenhypertrophie komplicirt den progressiven Gesichtsschwund bedingt habe.

Kayser (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Nº. 2. **Sonnabend, den 12. Januar.** **1884.**

Über die Übertragbarkeit der Tuberkulose durch die Nahrung und über Abschwächung der pathogenen Wirkung der Tuberkelbacillen durch Fäulnis.

Von

Prof. Dr. med. **Baumgarten** in Königsberg i. Pr.

(Nach in Gemeinschaft mit Herrn Fischer, Arzt in Königsberg i. Pr., angestellten Untersuchungen.)

Die Frage, ob durch den einfachen, natürlichen Genuss tuberkelbacillenhaltiger Nahrungsstoffe Tuberkulose erzeugt werden kann, darf noch nicht als entschieden betrachtet werden. Ich erinnere hier nur an die Zweifel und Bedenken, die Virchow[1] den bekannten Resultaten der bisherigen einschlägigen Versuche und Beobachtungen entgegengehalten, und die eine objektive Widerlegung seither noch

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1880, No. 14 u. 15: Über die Perlsucht der Hausthiere und deren Übertragung durch die Nahrung.

nicht gefunden haben. Denn selbst die an sich höchst werthvollen Versuche Orth's[2] können nicht als einwurfsfreie positive Beantwortung obiger Frage angesehen werden, weil bei den Fütterungen mit Perlknoten, die Orth ausführte, leicht — in Folge der rauhen spitzigen Beschaffenheit dieses unnatürlichen Futterstoffes — kleine Verletzungen oder sogar Ulcerationen der Verdauungsschleimhaut entstehen konnten, die den verfütterten Perlknotenbacillen die Invasion ins Gewebe ermöglichten, während sie ohne die genannten, rein accidentellen, bei gewöhnlicher Ernährung nicht, oder nur ausnahmsweise, in Betracht kommenden Momente, vielleicht schadlos den Verdauungskanal passirt hätten. Als im Einklang mit dieser Annahme stehend, konnte es aufgefasst werden, dass erstens Orth's Perlknotenfütterungen keine konstanten Resultate zur Folge hatten und dass zweitens Orth's Fütterungsversuche mit den unverkalkten menschlichen Tuberkelmassen gänzlich negativ ausfielen. Es erschien daher bei der großen theoretischen und praktischen Wichtigkeit der Frage dringend geboten, dieselbe von Neuem unter Berücksichtigung der auf den bisherigen Untersuchungen lastenden Einwürfe, in Angriff zu nehmen.

Um unsere Experimente möglichst den auf natürlichem Wege ev. in Wirkung tretenden Verhältnissen anzupassen, ließen wir unsere Versuchsthiere (Kaninchen) frische Milch, welche künstlich mit Tuberkelbacillen versetzt war[3], einfach trinken; 2—3 Tage vor, und 1 Tag nach der Bacillenfütterung erhielten die Thiere entweder gar kein, oder nur ganz weiches reizloses Futter. Schon der einmalige Genuss einer geringen Portion (50—100 g) solcher, mit mäßigen Mengen von Tuberkelbacillen (3—8 g der unten beschriebenen Flüssigkeit) versehenen Milch zieht nun nach unseren Versuchen innerhalb 10—12 Wochen mit ausnahmsloser Konstanz eine ganz klassische Tuberkulose der Darm-

---

[2] Virchow's Archiv Bd. LXXVI: Über Fütterungstuberkulose.

[3] Dass bei perlsüchtigen Kühen, deren Euter tuberkulös entartet ist, die Milch Tuberkelbacillen enthält, ist bekanntlich von Bollinger direkt bewiesen worden (Münchener ärztl. Intelligenzbl. 1883, No. 16); der sichere Beweis dafür, dass die Tuberkelbacillen auch in der Milch nicht mit Brustdrüsentuberkulose behafteter tuberkulöser Thiere vorkommen, steht noch aus; dagegen kann gegenwärtig nicht mehr bezweifelt werden, dass die Tuberkelbacillen bei fortschreitender Tuberkulose in großen Mengen ins Blut übergehen (vgl. z. B. des Verf.s Mittheilungen: Centralblatt für die med. Wissensch. 1881 No. 15 u. 1883 No. 42), dass also auch, zeitweilig wenigstens, das Muskelfleisch tuberkelkranker Thiere bacillenhaltig sein muss. Was den Bacillengehalt unserer Versuchsmilch anlangt, so bewirkten wir denselben auf die Weise, dass wir bacillenreiche Tuberkelmassen frisch getödteter Thiere sorgfältig in ClNa-Lösung zerquetschten, den dadurch gewonnenen Tuberkelsaft durch ein feines Tuch kolirten und von der Kolatur grammweise dem zu verfütternden Milchquantum zusetzten. Die durchgeseihte Flüssigkeit enthält stets, und zwar meist relativ zahlreiche, Tuberkelbacillen (bis zu 20 im Gesichtsfeld Zeiss $^{1}/_{12}$ Oc. 4.); durch ungefähre Zählung der in einem Tropfen der Kolatur befindlichen Bacillen kann man die Menge der von den einzelnen Thieren genossenen Tuberkuloseparasiten annäherungsweise berechnen.

chleimhaut, Mesenterialdrüsen und Leber nach sich. Je reichlicher der Bacillenzusatz, desto in- und extensiver ist die Erkrankung. In den weitgediehenen Fällen zeigt sich die gesammte Dünndarmschleimhaut, die Schleimhaut des Proc. vermiformis und stellenweise auch die des Dickdarms mit massenhaften, im Dünndarm u. Proc. verm. den Peyer'schen Plaques, im Dickdarm den solitären Follikeln entsprechenden käsigen Geschwüren bedeckt, in deren Rand und Grund sich bei mikroskopischer Untersuchung zahlreiche Epithelioidzellentuberkel, die mit enormen Mengen von Tuberkelbacillen erfüllt sind, nachweisen lassen. Auch die Knötchen in den Mesenterialdrüsen und der Leber erweisen sich als echte verkäsende Epithelioid- und Riesenzelltuberkel mit reichlichen oder spärlichen[4] Tuberkelbacillen. In den meisten der Fälle fanden sich außer den genannten Organen auch die Lymphdrüsen an Unterkiefer und Hals tuberkulös afficirt, und zwar entsprach die Form der Erkrankung histologisch ganz und gar dem Bilde, wie es zuerst E. Wagner und später, in seiner bekannten Monographie, Schüppel von der Tuberkulose der Lymphdrüsen entworfen haben und wie wir es am reinsten in den sog. skrofulösen Lymphdrüsen antreffen. Auch in den Tuberkelknötchen dieser hyperplastischen Lyphome des Halses fehlen niemals zahlreiche Tuberkelbacillen. Wir werden demnach anzunehmen haben, dass schon die unverletzte Mund- und Rachenschleimhaut in der Nahrung enthaltene Tuberkelbacillen resorbirt; wahrscheinlich sind hierbei als Resorptionsorgane besonders die Tonsillen[5] thätig; wenigstens spricht hierfür der Umstand, dass wir in einigen Fällen auch tuberkulöse bacillenhaltige Tonsillargeschwüre bei unseren Versuchsthieren vorgefunden haben. Von entfernteren Organen sahen wir nach den Bacillenfütterungen nur die Lungen in Form vereinzelter bacillenhaltiger Tuberkelknötchen in den vorgeschrittenen Fällen erkrankt.

Durch diese unsere Versuche halten wir die, bereits von Gerlach, Chauveau, Klebs, Bollinger, Semmer, Orth u. A. auf Grund ihrer bekannten einschlägigen Experimente und Beobachtungen angenommene, Übertragbarkeit der Tuberkulose durch die Nahrung für mit absoluter Sicherheit bewiesen.

Unsere Fütterungsversuche haben aber weiterhin die Thatsache festgestellt, dass, im Gegensatz zu dem soeben geschilderten, aus-

[4] In den Lebertuberkeln gelingt es, besonders in den Fällen, wo relativ geringe Mengen von Bacillen verfüttert wurden, nur mit Mühe, die Organismen aufzufinden. Offenbar gelangen überhaupt nur verhältnismäßig wenige der Parasiten in die Leber (wofür schon die stets nur geringe Zahl der Lebertuberkel spricht), die im Kampfe mit der tuberkulösen Gewebswucherung bald mehr oder minder vollständig aufgerieben werden.

[5] Vgl. die interessanten bekannten Beobachtungen von Stöhr: Zur Physiologie der Tonsillen, Biolog. Centralblatt 1882, Bd. II, No. 12, und »Über die peripherischen Lymphdrüsen«, Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1883, Mai 19.

nahmslos positivem Resultate des einmaligen Genusses frischer tuberkelbacillenhaltiger Flüssigkeit, der selbst mehrfach wiederholte Genuss reichlicher Quantitäten derselben, aber ein bis mehrere Tage bei Zimmertemperatur gestandenen, in deutlicher fauliger Zersetzung begriffenen Bacillensuspension, entweder — und zwar bei den meisten Thieren — innerhalb der gleichen Versuchszeit (10—12 Wochen) gar keine krankhaften Veränderungen, oder nur ganz geringfügige, relativ bacillenarme, dagegen sehr riesenzellreiche[6] auf Processus vermiformis und Mesenterialdrüsen beschränkte Tuberkeleruptionen hervorruft. Dabei waren in den, in ihrer Wirksamkeit so auffallend abgeschwächten Flüssigkeiten die Tuberkelbacillen weder der Zahl, Form noch Farbenreaktion nach erkennbar verändert, so dass die Abnahme der Infektiosität nicht auf Zerstörung der Bacillen, sondern nur auf Verlust resp. Abschwächung ihrer pathogenen Wirkung[7] zurückgeführt werden kann.

Schon aus früheren Versuchen war mir ein hemmender Einfluss der Fäulnis auf die pathogene Wirkung der Tuberkelbacillen in hohem Grade wahrscheinlich geworden. Wie wohl fast alle anderen Experimentatoren über Impftuberkulose, hatte auch ich zunächst, gelegentlich meiner Impfexperimente, die Thatsache konstatirt, dass häufig nach Übertragung nicht mehr frischer, in Fäulnis begriffener Tuberkelsubstanz die erwartete Impftuberkulose ausblieb[8]. Später habe ich sodann, in einer noch nicht publicirten größeren, der Frage nach der Tenacität des Tuberkelvirus gewidmeten, Untersuchung u. A. auch zahlreiche Experimente über das Verhalten der Tuberkelbacillen in faulenden tuberkulösen Substanzen angestellt, welche zu dem Resultat geführt haben, dass zwar selbst nach Monaten die Tuberkelbacillen darin in derselben Reichlichkeit, Gestalt und Tinktionsvermögen, wie in den frischen Objekten, erhalten sind, dass aber, durch Verimpfung solcher Substanzen, der Regel nach, keine Tuberkulose weder lokale, noch allgemeine auslösbar ist[9], auch wenn, wie dies, falls die Impfung an der vorderen Augenkammer ausgeführt wird, meist der Fall ist, die Versuche nicht von allgemeiner Sepsis

---

[6] Nach meinen sehr zahlreichen einschlägigen Beobachtungen glaube ich den Satz vertreten zu können, dass im Allgemeinen die reichliche Anwesenheit Langhans'scher Riesenzellen auf eine relative Gutartigkeit des tuberkulösen Processes hinweist.

[7] Es muss hierbei, der Natur der Sache nach, zunächst unentschieden bleiben, ob diese Einbuße resp. Abschwächung der pathogenen Wirkung der Tuberkelbacillen auf Vernichtung oder Schwächung der Lebens- und Fortpflanzungsfähigkeit, oder aber (wie bei den nach Pasteur's und Koch's Verfahren abgeschwächten Milzbrandbacillen) auf Verlust resp. Abschwächung der specifischen Virulenz, bei erhaltener Lebens- und Fortpflanzungsfähigkeit, beruht.

[8] Vgl. Berliner klin. Wochenschrift 1880 No. 49 u. 50: Über das Verhältnis von Perlsucht und Tuberkulose.

[9] Nur beiläufig will ich bemerken, dass, im Gegensatz hierzu, mit schnell eingetrockneten tuberkulösen Substanzen noch nach Monaten konstant typische Impftuberkulosen von mir ins Leben gerufen wurden.

gefolgt sind. Aus dieser Thatsache durfte jedoch noch nicht gefolgert werden, dass die Tuberkelbacillen bereits außerhalb des lebenden Thierkörpers, durch Einwirkung der postmortalen Fäulnis, ihre specifische Virulenz eingebüßt hatten, denn es konnte der ausbleibende Erfolg der Impfung auch darauf bezogen werden, dass die übertragenen Tuberkelbacillen, trotz voller Virulenz, neben den mitverimpften, schneller wachsenden und assimilationsfähigeren pathogenen Fäulnispilzen nicht Boden zu fassen und fortzukommen vermochten, oder dass erstere durch den niemals fehlenden heftigen lokalen Eiterungsprocess eliminirt und zerstört wurden. Zur Entscheidung dieser Alternative führte ich an einer größeren Zahl von Thieren folgenden Versuch aus: Ich bereitete eine Mischung von exquisit phlogogener Faulflüssigkeit mit frischer Tuberkelbacillensuspension; nach sofortiger Verimpfung dieser Mischung, sowohl in die vordere Augenkammer, als ins Unterhautzellgewebe, entwickelte sich, trotz eintretender Propagation von Fäulnispilzen im Gewebe, und trotz ausbrechender progressiver Eiterung, die Tuberkulose sowohl lokal als allgemein innerhalb der regulären Termine, so dass das Nichtzustandekommen der tuberkulösen Infektion nach Verimpfung der, längere Zeit den Einwirkungen des Fäulnisprocesses exponirten Tuberkelprodukte, nur dadurch erklärt werden kann, dass die Tuberkelbacillen bereits außerhalb des lebenden Thierkörpers durch den längeren Kontakt mit den in fauligem Zerfall begriffenen organischen Substanzen ihre specifisch-pathogene Wirksamkeit verloren hatten.

Nach alledem trage ich kein Bedenken, der Vermuthung Raum zu geben, dass sich die Abschwächung resp. Aufhebung der Virulenz der Tuberkelbacillen durch die Fäulnis als ein durchgreifendes Princip in der Lehre von der Tuberkulose geltend machen wird.

In zwei unlängst erschienenen gehaltreichen Arbeiten[10] hat Falk auf Grund eigner Beobachtungen gleichfalls eine Abschwächung der Virulenz der Tuberkelbacillen durch den Fäulnisprocess angenommen. Falk stützt seine Annahme, so viel ich sehen kann, ausschließlich auf die Resultate seiner Impfversuche mit gefaulten tuberkulösen Stoffen, die entweder ebenfalls gar keine, oder nur eine lokale[11] Tuberkulose zur Folge hatten. Es ist soeben oben darauf hingewiesen

[10] Virchow's Archiv Bd. XCIII, Hft. 2: Über das Verhalten von Infektionsstoffen im Darmkanal. Berliner klin. Wochenschrift 1883 No. 50: Beitrag zur Impftuberkulose.

[11] Meiner Meinung nach ist der tuberkulöse Charakter der von Falk als »lokale Tuberkulosen« interpretirten Herde nicht mit Sicherheit bewiesen. Zur Diagnose »Tuberkulose« gehört stets auch der Nachweis einer anatomisch bestimmt charakterisirten Gewebserkrankung; der bloße Gehalt an wirksamen Tuberkelbacillen seitens einer Substanz oder pathologischen Produktes (in Falk's Fällen käsig-eingedickten Eiters) legitimirt noch nicht deren tuberkulöse Natur und Ursprung; es könnte sich ja auch um zufällige Vegetation von Tuberkelbacillen in oder auf diesen Substanzen handeln. Auch auf Koch's Serumkulturen entwickeln sich bekanntlich unter geeigneten Bedingungen Tuberkelbacillen, ohne dass man desshalb diese Kulturen wird als »tuberkulös« bezeichnen können.

worden, dass diese Resultate nicht eindeutig, also an sich nicht beweiskräftig sind. Auffallend muss auch erscheinen, dass Falk mit dem Eiter der, durch Impfung mit fauliger Tuberkelmasse erzeugten, Lokalherde »andere Thiere prägnant tuberkulös inficiren konnte«. Hieraus wäre eigentlich das Gegentheil von Falk's Annahme zu folgern: waren die Tuberkelbacillen wirklich, wie Falk supponirt, schon bei der ersten Übertragung durch den Fäulnissprocess abgeschwächt, so durften sie auch bei der zweiten Übertragung keine »prägnante«, sondern entweder gar keine, oder höchstens eine abgeschwächte Tuberkulose hervorrufen.

---

1. **Monakow.** Experimentelle Untersuchungen über Hirnrindenatrophien.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 22.)

M. suchte die anatomische Seite der »Lokalisationsfrage« in der Hirnrinde genauer zu verfolgen, als es seiner Meinung nach bisher geschehen ist. Er formulirt die Frage folgendermaßen: werden die Projektionsfasern aus den großen Ganglien und dem Pedunculus in die Gehirnrinde je strangweise und pinselförmig in umschriebene Felder ausgestrahlt und zwar in einfacher Reihenfolge, oder zerstreuen sich jene gleichmäßig in der gesammten Gehirnoberfläche derart, dass in je einem Rindenareal alle Projektionsbündel vertreten sind? — Zur Beantwortung dieser Frage bediente sich M. der Gudden'schen Operation (Exstirpation verschiedener Rindenareale) an neugeborenen Thieren und prüfte die davon abhängigen sekundären Atrophien der peripheriewärts ausstrahlenden Projektionsbündel. Dabei stellte sich heraus, dass nach Abtragung umschriebener Rindenfelder in der That die von letzteren abhängigen Bahnen getrennt zu Grunde gehen und zwar je mindestens zwei, wovon die eine mit den infracorticalen Ganglien in Verbindung steht. An der Atrophie betheiligen sich auch die Körner letzterer. Durch solche stückweise Rindenabtragungen gelingt es, nahezu isolirt, je nach Wahl der Operationsfelder einzelne Kerne in der Entwicklung zu hemmen. Ganz rein können die Operationserfolge nicht sein, weil die Beschränkung der Operation auf die Rindensubstanz technisch unmöglich ist und bei noch so subtilem Verfahren die unmittelbar unter die Rinde ziehenden, oft aus entfernten Rindenregionen stammenden Fasern kaum unverletzt bleiben. Um festzustellen, ob die nach Entfernung der Rindenfelder auftretenden Atrophien in der That von der Rindenläsion herrühren, schlug M. einen anderen Weg ein; er zerstörte nämlich die Verbindung des betreffenden Rindenfeldes mit der Peripherie innerhalb einer Hemisphäre. Wurde z. B. bei völliger Schonung des motorischen Rindenfeldes die Pyramidenbahn in der inneren Kapsel durchtrennt, so erfolgte einerseits eine absteigende Atrophie der Pyramide (bis ins Rückenmark), der bezüglichen Rindensehhügelbahn

und der vorderen Partien des Thalamus opticus, andererseits aber auch eine Entwicklungshemmung in den motorischen Rindenregionen (Umgebungen des Sulcus cruciatus, bei der Katze); bes. völliger Schwund der Riesenpyramidenzellen der dritten Schicht (Betz'sche Zellen) — derselben Rindenzone also, deren Zerstörung nothwendig ist, um die Pyramiden der Oblongata zur völligen Atrophirung zu bringen. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

2. **Joh. Potthast.** Beiträge zur Untersuchung des Einflusses stickstoffhaltiger Nahrung auf den thierischen Stoffwechsel.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXII. p. 280—292.)

Zuntz hatte beobachtet, dass unreines direkt in das Blut injicirtes Pepton, das außer Resten des verdauenden Fermentes noch Amidsubstanzen enthielt, steigernd auf den Sauerstoffverbrauch der Versuchsthiere einwirkte, während durch wiederholte Alkoholfällung und Kochen gereinigte Peptonlösungen (aus Blutfaserstoff dargestellt) diese Einwirkung nicht zeigten. Verf. bestätigt zunächst diese Angaben und stellt fest, dass auch Amidsubstanzen, als deren Typus er das Asparagin untersuchte, die genannte Steigerung (unreiner Peptonlösungen) nicht bewirken. »Will man nun nicht annehmen, dass die anderen neben Asparagin gebildeten Amidsubstanzen sich erheblich anders verhalten als dieses, was jedenfalls unwahrscheinlich ist, so kommt man per exclusionem zu dem Schlusse, dass entweder das Verdauungsferment oder die bei der Verdauung in geringer Menge gebildeten Extraktivstoffe die erregende Wirkung der rohen Peptonlösung hauptsächlich bedingen. **Löwit** (Prag).

---

3. **A. Curci.** Azione della morfina sulla circolazione del sangue.

(Sperimentale 1883. T. LI. Bd. 5.)

Nach subkutaner Injektion von Morph. hydrochl. veränderte sich bei Hunden der Blutdruck (in der Carotis gemessen) derart, dass nach kleinen und mittleren Dosen (0,01—0,05) erst Sinken, dann Steigen, zuletzt dauerndes Sinken desselben eintrat. Die Herzthätigkeit resp. der Puls ist von Anfang an verlangsamt und verstärkt. Bei großen Dosen (0,1) bleibt letzterer eben so, aber der Blutdruck sinkt gleich von Anfang an. Durchschneidung der Vagi schaltet die Wirkung des Morphium auf das Herz aus, lässt aber die auf den Blutdruck unverändert. Nach Zerstörung der Med. obl. durch Stich tritt auf die Morphiuminjektion sofort kontinuirliches Sinken des Blutdrucks ein. Daraus ergiebt sich, dass die durch das Morphium hervorgerufene Steigerung des Blutdrucks die Folge einer Einwirkung auf das bulbäre Gefäßcentrum ist. Schwieriger ist die Erklärung der

Druckerniedrigungen. Die anfängliche, kurze Senkung könnte nach C. möglicherweise daher rühren, dass das Morphium erst das Centrum der Vasodilatatoren und dann der Konstriktoren erregt; die zweite und definitive Druckerniedrigung ist aber weder aus einer Einwirkung auf den Sympathicus zu erklären, — denn selbst nach großen Morphiumdosen gelingt es durch Reizung des unteren Cervikalganglions oder des centralen Vagusendes Steigerung des Carotidendruckes hervorzurufen — noch ist eine Lähmung des bulbären Gefäßcentrums anzunehmen, weil auch nach der Durchschneidung der Med. obl. sowohl centrale Vagusreizung als auch der Erstickungsreiz den Blutdruck in die Höhe treibt, wenn auch in diesem Falle die Steigerung etwas langsamer vor sich geht. **Kayser** (Breslau).

---

4. **P. Bert.** Méthode d'anesthésie prolongée par des mélanges d'air et de vapeurs de chloroforme.

(Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. 1883. No. 23. p. 409.)

B., der in früheren Mittheilungen behufs Erzielung einer bequemen und gefahrlosen Narkose auf die Anwendung des Stickoxyduls in geeigneter Form hingewiesen hatte, schlägt jetzt, — ohne damit seine frühere Empfehlung aufzuheben, eine Verbesserung der Chloroformnarkose vor, vermittels welcher er Hunde $3^1/_2$ Stunden lang ohne den mindesten Nachtheil betäubt gehalten hat. Er lässt zunächst ein Gemisch von Chloroformdämpfen und Luft im Verhältnis von 12 g Chloroform auf 100 Liter Luft einathmen; dabei tritt schnell vollkommene Narkose ein; sobald dies geschehen ersetzt er das einzuathmende Gemisch durch ein solches von 8 g Chloroform auf 100 Liter Luft. Dieses würde zur Erzeugung der Narkose nicht hinreichen, genügt aber vollkommen, um die einmal eingeleitete Anästhesie in gefahrloser Weise Stunden lang zu unterhalten.

G. Kempner (Berlin).

---

5. **Parrot** et **H. Martin.** Recherches expérimentales ayant pour but de transformer le tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte sous l'influence de réactifs divers.

(Revue de méd. 1883. No. 10.)

P. und M. prüften die antituberkulöse Wirkung verschiedener Desinficientien, indem sie den ausgepressten Saft tuberkulöser Organe mit den betreffenden Lösungen mischten und dann verimpften. Es ergab sich, dass das tuberkulöse Virus bedeutend widerstandsfähiger ist, als z. B. das des Milzbrandes; Sublimatlösungen bis zu $^1/_{1000}$, Salicylsäurelösungen bis zu $^1/_{500}$ bleiben wirkungslos, Kreosot und Chinin konnten wegen ihrer Schwerlöslichkeit nur in schwacher Intensität angewendet werden und hatten eben so wenig Erfolg, als

Wasserstoffsuperoxyd und Bromlösungen bis zu $^1/_{1000}$. Phenollösungen von $^3/_{100}$ hoben mehrfach die Virulenz auf, wenn sie 48 Stunden lang mit dem tuberkulösen Saft vermischt waren, während ein 24stündiger Aufenthalt desselben in 6%iger Phenollösung die Virulenz nicht zerstörte (?). Alles in Allem sind also unsere bisherigen desinficirenden Methoden nicht im Stande, das Tuberkelvirus sicher zu vernichten, und es bleibt nur ein Mittel, die Erhitzung auf 100—120°, die ja für Instrumente, Kleider etc. bequem anzuwenden ist und auch für Mauern etc. in Gestalt eines durch Röhren geleiteten heißen Luftstroms zu verwenden wäre.

Strassmann (Leipzig).

---

6. **Sormani.** Etiologia, Patogenesi, Cura e Profilassi della Tubercolosi polmonare. Le inalazione di jodoformio come mezzo terapeutico.

(Ann. univ. di med. e chir. 1883. Hft. 8.)

S. bespricht zunächst die verschiedenen, bisher über den Tuberkelbacillus veröffentlichten Arbeiten. Er vertritt dabei die Ansicht, dass weniger die Menge als die Form und Gruppirungsweise der Bacillen von prognostischer Bedeutung ist: »in der Regel deuten zahlreiche, lange, sporentragende, in Gruppen angeordnete Bacillen auf lebhafte Proliferation des Mikroorganismus und lassen einen raschen Verlauf der Krankheit vorhersagen«. Er berichtet über einige Inokulationsversuche bei Meerschweinchen, durch welche er diese Ansicht bestätigt fand. Dass die Bacillen das primäre und ursächliche Moment der Tuberkulose sind, beweist ihm der Befund von Bacillen im Centrum jüngster Tuberkeleruptionen.

Gestützt auf die günstigen Erfolge, welche mit der äußeren Anwendung des Jodoform bei tuberkulösen Knochen- und Gelenkaffektionen in jüngster Zeit erzielt wurden, hat er dieses Mittel bei Lungentuberkulose innerlich (zu 0,5 in Pillenform pro die) versucht und inhaliren lassen. Da es nach seiner Meinung nicht möglich ist, dass bei Benutzung der bisher gebräuchlichen Inhalationsapparate das Jodoform bis in die feinsten Bronchien resp. Alveolen gelangt, verfährt er folgendermaßen. Mit einem Waldenburg'schen Apparat verbindet er durch einen Gummischlauch eine zweihalsige Flasche, auf deren Boden sich ca. 50 g mit etwas Äther gemischten Jodoformpulvers befinden. In dem einen Halse steckt ein bis nahezu auf den Boden reichendes Glasrohr, an welches der zum Waldenburg'schen Apparat führende Schlauch befestigt wird, in dem anderen ein kürzeres Glasrohr mit einem zweiten Gummischlauch, dessen freies Ende die Respirationsmaske trägt. Zur Erwärmung der Inspirationsluft und zur besseren Verflüchtigung des Jodoforms wird die Flasche in ein durch eine Spirituslampe erhitztes Wasserbad gesetzt. Die durch die Flasche hindurchgehende komprimirte Luft reißt das Jodoform in Staubform mit sich und dieses gelangt so bis in die feinsten Bronchien und in

die Alveolen, wie S. sich an Kontrollversuchen mit ausgeschnittenen Kalbslungen überzeugen konnte. Auch war nach den Inhalationen regelmäßig Jodoform im Urin nachzuweisen. S. hat das Mittel in 3 Fällen von vorgeschrittener Lungentuberkulose (Kavernenbildung, massenhafte, bacillenreiche Sputa, hektisches Fieber, Nachtschweiße, starker Kräfteverfall etc.) versucht, und zwar ließ er es in einem Fall nur inhaliren, während er es in den beiden anderen auch innerlich gab (s. die ausführlichen Krankengeschichten im Original). Die Inhalationen wurden gut ertragen und athmeten die Kranken schließlich 10 und mehr Cylinder der komprimirten mit Jodoformstaub geschwängerten Luft pro die ohne Beschwerden ein. In allen 3 Fällen trat schon bald nach der Anwendung des Jodoforms eine entschiedene Wendung zum Besseren ein; das Fieber und die Nachtschweiße hörten auf, die Expektoration wurde geringer, der Appetit, die Kräfte und das Körpergewicht nahmen zu (letzteres in einem Falle innerhalb 6 Wochen um 12,4 kg). Bezüglich der Befunde der Auskultation und Perkussion trat dagegen eine bemerkenswerthe Änderung nicht ein; nur die Rhonchi nahmen an Menge und Intensität ab. Der lokale Process blieb im Allgemeinen stationär, eben so die vitale Kapacität, welche in einem Falle sogar um ein Geringes abnahm. Auch fanden sich stets, selbst nach 3monatlicher Jodoformbehandlung, Bacillen im Sputum, wenn auch in geringer Zahl. Doch zweifelt S. mit Rücksicht auf die bedeutende Verminderung der Sputa nicht, dass »die Proliferation der Bacillen auf einen geringeren Grad ihrer anfänglichen Lebhaftigkeit reducirt ist«. Inokulationsversuche an Meerschweinchen, welche S. mit dem Auswurf der 3 Kranken während des zweiten Monats der Jodoformbehandlung anstellte, zeigten, dass die Thiere zwar tuberkulös wurden, dass aber der pathologische Process langsamer fortschritt und sich weniger schwer darstellte, als wenn er mit Sputum von Kranken, welche ohne Jodoformbehandlung geblieben waren, einimpfte. S. plaidirt daher für weitere und möglichst lange fortgesetzte Versuche mit der Jodoformbehandlung nach seiner Methode.

Des Weiteren berichtet er über eine Reihe von Experimenten an Meerschweinchen, bei denen er eine Mischung bacillenhaltigen Sputums mit verschiedenen Stoffen einimpfte. Von der bei Lungentuberkulose empfohlenen Aqua oxygeneta (Larrivé) sah er gar keine, vom Resorcin nur schwache antibacilläre Wirkung, dagegen fand er bei der Sektion zweier Meerschweinchen 56 resp. 36 Tage nach der Einimpfung einer Mischung von Jodoform und bacillenhaltigem Sputum keine Tuberkeleruption. Von 60 Züchtungsversuchen, welche S. machte, gelangen nur 6 vollständig. Die Nährgelatine stellte er her, indem er filtrirtes und mit kohlensaurem Natron versetztes Kalbsserum im Wasserbade erhitzte. In 3 Fällen waren die Kulturen zusammengesetzt aus sehr kleinen, ovalen Sporen in Zoogloeaform und von 1 μ Durchmesser; nach Zusatz von etwas Flüssigkeit zum Präparat lösen sich die peripher liegenden Sporen ab und zeigen

lebhafte Molekularbewegung. Die Sporen färben sich bei Zusatz einer leichten Gentianaviolettlösung mehr oder weniger intensiv. Neben den Sporen vereinzelte, sehr feine Bacillen. In den drei anderen Kulturen fand S. neben den Sporen nadel- und würfelförmige Krystalle (von Soda resp. Kochsalz) und sehr durchscheinende, oscillirende, 2—7 μ und mehr in der Länge und 1 μ in der Breite messende Bacillen, die sich, wie die Sporen, mit Gentian färben und genau den Tuberkelbacillen gleichen. Zum Schluss spricht S. über die Prophylaxe der Tuberkulose. In der Exspirationsluft der Phthisiker hat er keine Bacillen nachweisen können. Impfversuche mit getrocknetem Sputum gaben positive Resultate, wenn auch die erzeugte Tuberkulose sehr langsam verlief. S. plaidirt für Isolirung der Tuberkulösen, Zerstörung der Sputa, sorgfältige Desinfektion der Wäsche etc. Interessant ist die Mittheilung eines neapolitanischen Ediktes vom Jahre 1782, durch welches die Ärzte dieser Stadt verpflichtet wurden, Kranke mit Lungengeschwüren anzuzeigen und sie in den Spitälern in abgesonderte Zimmer zu legen. Von solchen Kranken stammende Kleider, Wäsche etc. durften bei schwerer Strafe nicht verkauft werden.

Brockhaus (Godesberg).

---

7. **Escherich** (Würzburg). Zur diagnostischen Bedeutung der Diazoreaktion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1883. No. 45.)

In ausführlicher Weise hat Verf. die Ehrlich'sche Reaktion traktirt und ist zu Resultaten gekommen, welche im Großen und Ganzen dasjenige bestätigen, was Ehrlich behauptet hatte. Viele hundert Mal wurde die Reaktion im normalen Harn angestellt und sie gelang niemals. Die klinischen Resultate werden dahin zusammengefasst, dass die Bildung und Ausscheidung des die Diazoreaktion bedingenden Körpers fast ausschließlich an fieberhafte Processe gebunden erscheint und zwar bei gewissen akut fieberhaften Infektionskrankheiten (Typhus, Morbilli) rascher und reichlicher als bei anderen (Pneumonie, Rheumatismus muscul. etc.) zu Stande kommt. Begünstigend wirkt gesunkener Kräftezustand, wie er nach Ablauf hoch fieberhafter Typhen und bei schweren Allgemeinerkrankungen (Phthisis, Carcinoma) eintritt. Tiefer Verfall der Körperkräfte, wie er gegen das Lebensende hin auftritt, kann eine schon bestehende starke Reaktion zum Verschwinden bringen. Alle diese Sätze sind durch passende Beispiele erhärtet.

Prior (Bonn).

---

8. **F. Buret.** Du diagnostic de l'ectopie rénale.

(Progrès méd. 1883. No. 28.)

Verf. hält die Wanderniere für viel häufiger, als man im Allgemeinen annimmt. Sie verläuft einmal oft latent, das andere Mal täuscht sie die verschiedenartigsten Krankheiten vor, unter denen

besonders Gallenstein- und Nierenkolik, lumbo-abdominale und crurale Neuralgien, Lumbago und die Hysterie zu nennen sind. Andererseits hat man, bei nachgewiesenem Tumor, vielfach Pylorus- und Darmkrebs, Gallenblasengeschwülste, Lymphdrüsentumoren, Perityphlitis und gestieltes Gebärmutterfibrom mit der beweglichen Niere verwechselt.

Fürbringer (Jena).

---

9. **R. Campana.** Un segno semiologico nella lepra tuberculare incipiente.

(Gazz. degli ospitali 1883. No. 20.)

Das in der Überschrift genannte, nach C. diagnostisch werthvolle Symptom besteht in einer ausgesprochenen Temperaturerhöhung im Bereich der erysipelartig erkrankten leprösen Hautbezirke. Mehrfache Messungen in verschiedenen Fällen ergaben eine durchschnittliche Differenz von 1,5° (0,3—2,4) gegenüber den gesunden Hautpartien.

Fürbringer (Jena).

---

10. **Righi.** Sull' azione della Resorcina.

(Annal. univ. di med. e chir. 1883. Hft. 6.)

R. berichtet über 62 Fälle von Intermittens, in denen er das Resorcin angewendet hat. Davon zeigten 9 quartanen, 42 tertianen und 11 quotidianen Typus. Es waren sowohl frische Fälle als solche älteren Datums. Die Erfolge waren durchweg günstig. Nur in zwei Fällen, einer hartnäckigen Quartana und einer frischen Tertiana musste er zum Chinin übergehen, dagegen trat in vielen Fällen, wo Letzteres ohne durchschlagende Wirkung geblieben war, nach der Darreichung von Resorcin Heilung ein. Er gab das Mittel in Lösung 4—5 g auf 100—150 Aq., und ließ diese Dosis in 3 Portionen sowohl an den fieberfreien Tagen, wie am Tage des Anfalls nehmen, an letzterem so, dass die letzte Dosis 1 Stunde vor dem erwarteten Anfall genommen wurde. Intoxikationserscheinungen sah er nur einmal, bei einer Pat., welche gegen die Vorschrift eine Lösung von 4 auf 150 auf einmal genommen hatte. Es stellte sich sehr bald allgemeines Zittern, Beklemmung und Herzklopfen ein. Als R. die Kranke nach einer Stunde sah, lag sie unbeweglich mit geschlossenen Augen und dunkelrothem Gesicht, reagirte schwach auf Reize; Pupillen eng, Puls 112, Temperatur in der Achsel 36,7, Respiration 46. Die bedrohlichen Erscheinungen gingen nach Auftreten eines reichlichen Schweißes bald vorüber. Schweißbildung beobachtete R. nach Gebrauch des Mittels fast regelmäßig; einige Kranken klagten über ein kurzdauerndes Gefühl von Schwere und Brennen im Magen und über Ohrensausen; in einem Fall trat allgemeiner Pruritus ein. In 15 Fällen bestand Milztumor; in 11 ging derselbe nach Resorcingebrauch zurück, doch musste das Mittel nach Aufhören der Fieberanfälle noch längere Zeit genommen werden; in 4 blieb der Tumor unverändert.

In einem schweren Typhusfall, den R. bis zum 16. Tage mit Chinin behandelt hatte, trat nach Resorcingebrauch ein kontinuirlicher Temperaturabfall ein; nach 10tägiger Anwendung Apyrexie. In einem zweiten ebenfalls schweren Falle, wo R. das Resorcin von Anfang an gebrauchte, war der Kranke am 20. Tage fieberfrei. Auch in 2 Fällen von Pneumonie und einem von Phthisis bewährte das Resorcin seine antipyretische Wirkung.

Des Weiteren berichtet R. über 11 Fälle von akutem und chronischem Darmkatarrh, bei denen er das Resorcin mit sehr gutem Erfolge anwandte. Er gab es hier als Pulver in kleineren, öfter wiederholten Dosen mit Natr. bicarb. āā. Er zieht diese Form der wässrigen Lösung vor, weil er glaubt, dass das Mittel so besser unzersetzt in den Darm gelangt.

Äußerlich wandte R. das Resorcin bei Gesichtserysipel, Zoster, Eczema impetiginosa (je ein Fall) und in 3 Fällen von chronischen Hautgeschwüren an, ohne wesentlich bessere Resultate zu sehen, als die bisher bei diesen Affektionen gebrauchten Mittel ergaben. Dagegen fand er in 4 Fällen von Gonorrhoe (1 akute, 3 chronische) Injektionen von $^1/_2$—2%iger Resorcinlösung sehr wirksam und rühmt die Schmerzlosigkeit dieses Verfahrens. Gleiche Vorzüge sah er von der Anwendung des Resorcins in 1—2%iger Lösung als Kollyrium und Instillation bei entzündlichen Erkrankungen der Hornhaut und der Conjunctiva (einfache, akute und chronische, blennorrhoische und granulöse Conjunctivitis). Als besonders wichtig bei diesen Affektionen hebt er hervor, dass das Resorcin Heilung mit vollständiger Regeneration des Epithels ohne Narbenbildung herbeiführt.

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt R. das Resorcin zu weiteren therapeutischen Versuchen; der geringe Preis macht es besonders für die Armenpraxis, der nicht unangenehme Geschmack und die Geruchlosigkeit für die Kinderpraxis empfehlenswerth.

Brockhaus (Godesberg).

---

11. **Dana.** Note on the use of hydrobromic acide in nervous affections.

(Journal of nervous and mental diseases 1883. vol. X. No. 3. Juli.)

D. hoffte von Verwendung der Bromwasserstoffsäure bei Epilepsie etc. die wohlthätigen Wirkungen der Bromide ohne die durch letztere bedingte Depression; auch sei der Bromgehalt ein viel höherer 99% — wogegen bei Bromkalium nur 66, Bromnatrium 78, Bromlithium 92%). Man giebt das Mittel zu 10—20 Tropfen pro dosi; am besten in 10%iger Lösung (officinell), wovon 1—$2^1/_2$ Drachmen gut verdünnt. Im Ganzen versuchte D. das Mittel in 52 Fällen verschiedener Nervenaffektionen, worunter 6 von Epilepsie: hier überzeugte sich D. jedoch, dass das Mittel nicht als Ersatz der Bromide gelten könne, »außer in den mehr kontrollirbaren Fällen, wenn man einen milderen sedativen Effekt für längere Zeit zu unterhalten

wünscht«. Bei Chorea benutzte D. die Bromwasserstoffsäure als Vehikel für Arsenik oder Nux vomica; bei Alkoholismus und als »Präventiv für Cinchonismus« (bei Chiningebrauch) leistete das Mittel nichts. Am günstigsten wirkte es bei nervöser Irritabilität, kongestivem Kopfschmerz, posthemiplegischen Cirkulationsstörungen, irritable heart, Magenschwindel etc., »wo ein allgemeines Sedativum für Nerven- und Gefäßsystem indicirt ist«; auch bei Insomnie. Es wird in mäßigen Dosen gut vertragen, ohne zu stopfen oder die Magenschleimhaut zu reizen und bewirkt auch in den größten Dosen niemals Bromismus oder anderweitige Allgemeinerscheinungen (eine gewisse Schläfrigkeit ausgenommen).

A. Eulenburg (Berlin).

---

12. **L. Concetti.** La tinture di aodio contro le febbri intermittente malariche.

(Gazz. d. osp. 1883. No. 58.)

Nach dem Vorgang Anderer hat C. therapeutische Versuche mit Jod bei Malariakranken gemacht. Er gab denselben 8—12 Tropfen einer 12%igen Tinktur in 20 g Wasser dreimal in dem fieberfreien Intervall und hat auf diese Weise von 183 Fällen 143, also 78%, in 2—38 Tagen geheilt. Darunter waren 9 Fälle, bei denen sich Chinin als unwirksam erwiesen hatte. Am wenigsten wirksam zeigte sich das Jod bei quartärem Typus — in 50%. Recidive blieben auch nach der Jodbehandlung in vielen Fällen nicht aus. Bei den schweren Formen von Malaria scheint doch dem Chinin der Vorzug zu gebühren, zu welchem auch in den 40 ungeheilten Fällen die Zuflucht genommen wurde.

Üble Wirkungen des Jod sind in erheblichem Maße nicht aufgetreten, nur in 3 Fällen musste wegen gastro-enteritischer Erscheinungen die Jodbehandlung aufgegeben werden. Gualdi giebt an, in einem Falle nach 10tägiger Jodbehandlung multiple Hämorrhagien beobachtet zu haben. Schließlich erwähnt C. noch, dass zur Zeit seine Versuche — Juni bis December 1882 — in Rom sowohl die Zahl wie die Heftigkeit der Malaria-Erkrankungen eine relativ günstige gewesen ist.

Kayser (Breslau).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **C. Lemcke.** Ein Fall von sehr tiefer Erniedrigung der Körpertemperatur nach primärer Hämorrhagie in die Medulla oblongata; zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Sitz des thermischen Centrums. (Mit einer Tafel.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1883. Bd. XXXIV. p. 84—99.)

Bei einem 38jährigen Schlosser ohne ausgesprochene und genau lokalisirte somatische Krankheit oder psychische Alteration (es bestand Extremitätenlähmung, Anästhesie, Dysphagie, Trismus, Koma, Dyspnoe, Pulsus rorus minimus) wird,

nachdem er in einem Bade von 28° R. gereinigt, eine Rectaltemperatur von 23° C. (bislang ein Unicum) aufgenommen. Reizmittel erhöhen vor dem am nächsten Tage erfolgenden Tode die Temperatur um einige Grade. Die Sektion ergiebt als wichtigsten Befund einen 3 mm nach links von der Medianlinie und $1\frac{1}{2}$ mm unter dem Boden des 4. Ventrikels liegenden hämorrhagischen Herd von 4 mm Höhe und 1—$1\frac{1}{2}$ mm Breite; derselbe erstreckt sich von der Mitte der Olive bis zur Spitze der Ala cinerea, steigt bis unmittelbar unter das Ependym des 4. Ventrikels in die Höhe, liegt hart lateralwärts und nach oben vom Vaguskern und etwas nach unten vom medialen oberen Kern des Acusticus.

Indem Verf. sich des Ausführlichen über das Zustandekommen exceptioneller Erniedrigung der Körperwärme in Folge von Alkoholintoxikation, Irresein und Traumen des Centralnervensystems verbreitet, macht er das tiefe Sinken in seinem Falle von der primären Hämorrhagie in die Medulla oblongata (»akuten apoplektiformen Bulbärparalyse«) abhängig, in so fern gerade die Lokalität der Läsion in engem Zusammenhang mit dem Sitz des thermischen Centrums zu bringen ist.

Fürbringer (Jena).

14. **A Champneys Clarke.** On a case of Labio-Glosso-Pharyngeal Paralysis occurring at the age of twenty years.

(Lancet 1883. vol. I. p. 1087.)

Das Interesse des durch den Titel genannten ganz kurz mitgetheilten Falles liegt nach Annahme des Verf. darin, dass er zu so früher Lebensperiode auftrat, dass ihm eine Lähmung des linken Armes und der linken Gesichtshälfte voranging, die sichtlich durch in der Kälte gemachte große Anstrengungen verursacht waren; dann in der Erholung von diesem Leiden und dem Auftreten einer Bulbäraffektion 3 Monate später während eines Geburtsaktes (Zungen-Schlund-Lippenlähmung). Diese letztere Lähmung ging während der Beobachtungszeit auch zum großen Theil zurück. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

15. **Goldstein.** Ein Fall von Tabes dorsalis mit Geistesstörung.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1883. No. 16.)

46jähriger Mann, vor 12 Jahren wahrscheinlich syphilitisch gewesen, zeigt die typischen Symptome der Tabes dorsalis; Schmerzen sind dabei gering. Geistige Alteration nicht bemerkbar. Behandlung mit dem konstanten Strom, Bädern, Kali jodat und Schmierkur, letztere nach 30 Einreibungen ausgesetzt. Nach 4wöchentlicher Behandlung bekam Pat. plötzlich Verfolgungswahnideen (er glaubte, sein Geschäft sei ruinirt, er selbst von dem behandelnden Arzte gefährdet etc.). Der psychische und körperliche Zustand des Pat. wechselte in der Folge öfter, jedoch wichen die Wahnideen niemals völlig.

Störungen seitens der Hirnnerven, die nach Moeli's Ansicht hauptsächlich bei Tabes auf eine Ausbreitung des Krankheitsprocesses auf das Gehirn hindeuten und somit zu psychischen Alterationen disponiren, waren im vorliegenden Falle nicht vorhanden. Der ophthalmoskopische Befund ist nicht angegeben.

M. Cohn (Hamburg).

16. **Daremberg.** Sur les débuts cérebraux précoces de la Tuberculose chez l'adulte.

(Archives générales de méd. 1883. p. 714.)

D. berichtet über 4 Beobachtungen von Tuberkulose, bei denen lange Zeit, bevor sich irgend welche Zeichen einer tuberkulösen Organerkrankung kund gaben, eine auffallende Veränderung des Geisteszustandes auftrat. Die Kranken, bisher geistesfrische, arbeitslustige Personen, wurden ohne jede nachweisbare Veranlassung apathisch, leistungsunfähig, mürrisch etc. Hatte sich dann die Tuberkulose entwickelt, so zeigten die Kranken dann schließlich Erscheinungen, die D. auf Meningealtuberkulose zurückführt und die den Tod der Betreffenden zur Folge hatten. Es fehlt jedoch bei allen Beobachtungen die Sektion und die Fälle selbst sind außerordent-

lich komplicirt. Beim zweiten Fall handelt es sich gleichzeitig um Glykosurie und der Kranke wird 3 Tage vor dem Tode von Koma und einer linksseitigen Hemiplegie befallen. Im dritten Fall begegnen wir einer Lähmung und Atrophie der unteren Extremitäten, später Aphasie etc. Beim ersten Fall, wo es sich um tuberkulöse Caries mehrerer Rippen, Pleuralabscess etc. handelt, sollen nach D. die Hirnerscheinungen (Delirien etc.) gleichsam metastatisch alternirend sich gebessert haben, sobald die pleura-pulmonäre Affektion sich verschlimmerte und umgekehrt. Jedoch ist dies aus der Krankengeschichte nicht ohne Zwang zu schließen.

Kayser (Breslau).

17. **Gontermann.** Verlauf eines Falles von Tetanus traumaticus unter Curare-Einspritzungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 44.)

G. injicirte bei einem $4^1/_2$ Jahre alten Knaben, der an Tetanus traumaticus litt 0,0025—0,0075 Curare pro dosi, und will von diesem Verfahren zum mindesten eine bedeutende Unterstützung der etwa vorhandenen Neigung zur Heilung gesehen haben, wenn er auch nicht die Genesung ausschließlich auf Rechnung des Curare setzt. Ob die Schilderung der unmittelbaren Curarewirkung die Herren Kollegen zu gleich energischem Eingreifen ermuntert, müssen wir dahingestellt sein lassen. G. erzählt von der ersten Injektion: »es trat sofort ein gewaltiger Opisthotonus ein, die Athmung war bis zum Maximum gestört, die Cyanose so hochgradig, dass ich ein sofortiges Ende vermuthete und die Einspritzung schon bereute«. Eine Wirkung war nicht nachzuweisen, dennoch wiederholte G. die Einspritzung am Abend, und »wiederum trat ein erschreckender Anfall wie der vorige auf«.

Unverricht (Breslau).

18. **Fort** (Rio de Janeiro). Observation pour servir à l'histoire de l'alimentation forcée des malades. Hystérie ayant donné lieu à des symptômes de phthisie. Guérison.

(Bull. gén. de thérap. 1883. Sept. 30.)

Eine 27jährige Frau, die wiederholt an hysterischen Zuständen gelitten hatte, erkrankte mit Blutspeien, Brustschmerzen etc., magert in kurzer Zeit bedeutend ab (ob auch Fieber bestand, ist nicht angegeben); die physikalische Untersuchung ergiebt Dämpfung des Schalles, verstärkte Bronchophonie und scharfes, verlängertes Exspirationsgeräusch über der rechten Lungenspitze. Wiederholt tritt Erbrechen ein, das allen therapeutischen Maßnahmen trotzt; Pat. kommt aufs äußerste herunter, wiegt schließlich nur noch 34 kg, geräth für einige Tage in einen solchen Zustand von Inanition, dass sie am ganzen Leibe kühl ist, Delirien hat etc. Es wird nun »alimentation forcée« vorgenommen: durch ein Schlundrohr wird Milch nebst Fleischsaft, Erbsenmehl etc. in den Magen gegossen, und unter dieser Behandlung erholt sich Pat. zusehends. Das Erbrechen tritt nur noch selten auf; allerlei hysterische Symptome kommen wiederholt zur Beobachtung, verschwinden aber immer schnell. Nach 7 Monaten hat Pat. ein Körpergewicht von 60 kg erreicht; über den Lungen sind physikalisch keine Abnormitäten mehr nachweisbar — Pat. ist geheilt, auch die hysterischen Erscheinungen sind fort. Mehrmals passirte es nach Einführung des Schlundrohres, dass nichts in den Magen einfloss, obwohl das Rohr nachweislich im Magen war, und erst nach $^1/_2$—1 Stunde war diese tonische Kontraktion des Magens beseitigt.

Küssner (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 3. **Sonnabend, den 19. Januar.** **1884.**

1. **Hans Gierke.** Die Stützsubstanz des centralen Nervensystems.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 16, 17.)

Verf. giebt in Form einer vorläufigen Mittheilung die Ergebnisse einer eben so gründlichen wie ausgedehnten Untersuchung und stellt baldige Veröffentlichung einer größeren und mit Abbildungen versehenen Arbeit in Aussicht. Wir müssen uns hier damit begnügen, die Principien der ganzen Auffassung anzuführen, und verweisen rücksichtlich der Details, namentlich in Bezug auf die topographischen Abweichungen in den verschiedenen Abschnitten des Centralnervensystems, auf das Original.

Die Neuroglia nimmt eine histiologische Sonderstellung ein und ist nicht den Bindegewebssubstanzen einfach zuzurechnen. Man hat an ihr zwei Bestandtheile zu unterscheiden, die Grundsubstanz und die zelligen Gebilde oder die ungeformten und geformten Elemente. Die Grundsubstanz ist besonders reich in der grauen Substanz des

Centralnervensystems entwickelt, wo sie etwa den dritten Theil der Gesammtmasse einnimmt, während es sich innerhalb der weißen Substanz fast allein um geformte Elemente handelt und die Grundsubstanz nur in stärkeren Balkenbildungen auftritt. Die Grundsubstanz ist vollkommen homogen, klar, durchsichtig wie Glas, ähnlich geronnenem Blutserum. Die vielfach beschriebenen Körnchen, Fädchen, Molekule sind Kunstprodukte und oft auch Verwechslungen mit Ausläufern der zelligen Elemente.

Die geformten Elemente stellen Zellen mit Ausläufern dar, freie Körner kommen, wenn überhaupt, nur vereinzelt und niemals als Körnermassen vor. Die Ausläufer verästeln sich verschieden reichlich und erreichen eine Länge bis 0,4 mm. Man kann zwei Formen von zelligen Elementen unterscheiden, bei der einen besteht fast gar kein Zellenleib, sondern hauptsächlich ein großer, ovaler Kern, bei der anderen hingegen erkennt man einen gut entwickelten Zellenleib, hat aber Mühe, deren Kern ausfindig zu machen. Zellen der letzteren Art scheinen sich aus der ersteren durch allmähliche Verhornung herauszubilden, wobei ihr Kern mehr und mehr der Substanz des Zellenleibes ähnlich wird. In der weißen Rückenmarkssubstanz bilden die Zellen und ihre Fortsätze Scheiden um jede Nervenfaser, ungeformte Grundsubstanz fehlt zwischen ihnen. Fibrilläres Bindegewebe kommt in der weißen Rückenmarkssubstanz nicht vor.

Betreffs der Blutgefäße ist Verf. geneigt, eine Verschmelzung von Adventitia und Gefäßwand anzunehmen und damit die adventitielle Lymphscheide nicht gelten zu lassen. Um so energischer aber tritt er für die Existenz der perivaskulären Lymphräume ein.

Eichhorst (Göttingen).

---

2. **Richard Schulz.** Über artificielle, kadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 23 u. 24.)

S. untersuchte an 20 Leichen, bei welchen ein nicht krankhaft verändertes Rückenmark vorauszusetzen war, das letztere bezüglich folgender Vorkommnisse, die entweder als normale Befunde oder auch als artificielle und kadaveröse Veränderungen angesprochen werden könnten: Vacuolenbildung in den Ganglienzellen; Quellung, Schrumpfung und Pigmentirung der Ganglienzellen; Rundzellenanhäufung um den Centralkanal herum und in demselben; Quellung und Schwellung der Achsencylinder oder diejenige Veränderung derselben, welche als »hypertrophische Achsencylinder« beschrieben wurde.

Die einzelnen Rückenmarke wurden, um die Entwicklung eventueller kadaveröser Veränderungen zu studiren, in Zeitabschnitten von 1—44 Stunden post mortem der Leiche entnommen; alle wurden nach gleicher Methode (in Müller'scher Flüssigkeit und in immer

stärkerem, schließlich absolutem Alkohol) gehärtet, mit dem Thomaschen Schlittenmikrotom eine Anzahl Schnitte aus Hals-, Brust- und Lumbalmark angefertigt, mit Boraxkarmin (Grenacher) gefärbt, mit 1 %igem Salzsäurealkohol theilweise entfärbt und in der üblichen Weise in Balsam eingebettet.

In Betreff der einzelnen namhaft gemachten Veränderungen ergaben sich dabei folgende Resultate:

1) Vacuolenbildung in den Ganglienzellen. Diese ist (mit Charcot) als eine artificielle Veränderung aufzufassen; sie fand sich in 2 Fällen beim Fehlen aller pathologischen so wie kadaveröser Veränderungen, beim Vorhandensein hingegen auch anderweitiger, durch die Härtung herbeigeführter Veränderungen (Neuroglia nicht recht scharf, sondern mehr verschwommen, keine deutlichen Spinnenzellen darin, die Achsencylinder nach der Peripherie des Rückenmarks zu bisweilen etwas verschwommen, manche der Ganglienzellen hyalin und gequollen).

2) Pigmentirung der Ganglienzellen. Diese ist Sch. geneigt, als einen »sehr häufigen, fast die Regel bildenden, im Ganzen bedeutungslosen, so zu sagen normalen« Zustand (nicht nur des Greisenalters) zu betrachten, die weder kadaverösen, noch artificiellen, noch pathologischen Ursprunges ist, sondern vielmehr auf einer regressiven, bisweilen schon in sehr früher Jugend auftretenden Metamorphose der Ganglienzellen beruhe. »Dass die Pigmentirung oft gefunden wird in der Umgebung von atrophischen, in der Nähe von irritativen Processen, ferner bei progressiver Muskelatrophie oder Bulbärparalyse, kann nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, wie häufig (75 % der Fälle) sie überhaupt im Rückenmark vorkommt, aber sie desshalb für pathologisch zu halten, dafür liegt kein Grund vor«. [Es ist von Sch. nicht angegeben, ob bestimmte Zellengruppen des Rückenmarks resp. welche — die Pigmentirung oder höhere Grade von Pigmentatrophie allein oder vorzugsweise darboten. Bei einzelnen der oben genannten pathologischen Processe, namentlich bei progressiver Muskelatrophie und Bulbärparalyse, scheint es sich doch meist um hochgradige Pigmententartung und Schrumpfung resp. Schwund einzelner, ganz bestimmter Zellengruppen bei relativer Intaktheit der übrigen spinalen Nervenzellen zu handeln. Dass ein solcher Vorgang funktionell bedeutungslos sei, wie Sch. annimmt, ist doch schwer zu glauben.]

3) Hypertrophie und Sklerose der Ganglienzellen. Die Hypertrophie oder hyaline Quellung glaubt Sch. in ihren leichten Graden für artificiellen (durch verschiedene Härtung bedingten) Ursprungs halten zu dürfen; als pathologisch lassen sich nur die höchsten Grade beim gleichzeitigen Vorkommen auch anderer pathologischer, besonders entzündlicher Veränderungen ansprechen. — Ähnlich verhält es sich wahrscheinlich auch bezüglich der Sklerose.

4) Schwellung und Hypertrophie der Achsencylinder.

In der Deutung dieses Befundes als eines pathologischen stimmt Sch. mit früheren Autoren (Charcot, Schultze) ganz überein.

5) Rundzellenanhäufung in und um den Centralkanal. Nur in vier der untersuchten Rückenmarke fand sich der Centralkanal vollständig frei (jugendliche Leichen). Ebenfalls in 4 Fällen war das Lumen des Centralkanals frei, bestand aber Rundzellenwucherung um denselben; in 2 Fällen das Lumen im Brusttheil frei, im Lendentheil mit Rundzellen vollgestopft. In den übrigen 10 Fällen war das Lumen durch Rundzellen vollständig obliterirt (zum Theil auch schon bei jugendlichen Individuen). Sch. betrachtet hiernach diese Erscheinungen »als so zu sagen normale Vorkommnisse ohne irgend welche besondere Bedeutung«.

Schließlich sei noch erwähnt, dass zu den artificiellen Veränderungen auch die weniger scharfe, verschwommene Beschaffenheit der Neuroglia und das Fehlen Deiters'scher Zellen in derselben gezählt werden müssen (vgl. oben) — so wie auch dass sich in sechs Rückenmarken auf der Pia spinalis, bald reichlicher, bald sparsamer im Lumbal- oder Brusttheil sogenannte Knorpelplättchen von verschiedener Gestalt und Größe aufgelagert vorfanden. Dieselben sind ohne pathologische Bedeutung, vorzugsweise Alterserscheinung oder auf Senium praecox beruhend. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

3. **R. Virchow.** Encephalitis congenita. (Vortrag gehalten in der Berliner med. Gesellschaft den 17. Okt. 1883.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 46. p. 706.)

Verf. hält gegenüber den abweichenden Annahmen von Hayem, Jastrowitz und Parrot an seiner alten Anschauung fest, dass es sich bei der Encephalitis congenita um einen krankhaften Vorgang mit aktivem oder irritativem Charakter handelt. Verf. sucht seine Ansicht theils auf dem Wege des Raisonnements, vor Allem durch objektive Prüfung zu begründen.

Nach Jastrowitz sollte der Vorgang ein normales und physiologisches Vorkommnis sein, das mit der Bildung der Markscheiden an den Nervenfasern der weißen Substanz des Gehirns in Verbindung gebracht wurde. V. fand nun, dass es sich keineswegs um eine annähernd konstante Erscheinung im Gehirn von Kindern handelt, die bereits vor der Geburt todt waren oder während und sehr bald nach der Geburt starben. Das Untersuchungsmaterial betraf 44 Kindergehirne. 22 Kinder waren todtgeboren, 5 während der Geburt, 17 meist in den ersten Tagen nach der Geburt gestorben. Berücksichtigt man nur die beiden ersten Gruppen, da bei der dritten etwaige Hirnveränderungen erst nach der Geburt hätten entstanden sein können, so fanden sich unter 27 Fällen die Erscheinungen von Encephalitis congenita nur 11mal und nur 8mal in reichlicher Weise. Bei 9 unreifen Früchten, bei denen man doch sicherlich unvollendete Entwicklung des Gehirns

voraussetzen muss, fehlten die Zeichen von Encephalitis congenita 3mal. Von den 17 Kindern, die erst nach der Geburt verstarben, waren nur 3 von den fraglichen Veränderungen frei, so dass sich der Gedanke aufdrängt, ob nicht die Encephalitis mit dem Eintritt des Todes in Verbindung steht.

Wenn Parrot gemeint hat, dass die Encephalitis congenita Folge von mangelhafter Ernährung, also eine Art von Degeneration sei, so lässt sich dagegen einmal anführen, dass sehr trefflich genährte Kinder die Veränderungen darbieten, und dass in Folge von dürftiger Ernährung nicht die Neurogliazellen einer fettigen Entartung, sondern nur die Kerne der Gefäßwände anheimfallen. Außerdem beobachtete V. in den Herden Vergrößerung der Neurogliazellen und Wucherung ihrer Kerne, Dinge, die einen irritativen und aktiven, keinen degenerativen Vorgang andeuten. Dass sich der Vortrag durch mustergültige Klarheit und Objektivität auszeichnet, bedarf wohl kaum in Ansehung des gefeierten Autors besonders hervorgehoben zu werden.

Eichhorst (Göttingen).

---

4. **A. Proust** et **G. Ballet.** Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale spinale diffuse subaiguë de Duchenne et des déterminations médullaires du béribéri.

(Arch. de physiol. norm. et pathol. 1883. T. II. p. 330.)

Es handelt sich um folgende Beobachtung: Ein 31jähriger französischer Sprachlehrer, welcher sich 13 Jahre in Brasilien aufhielt und vor 3 Jahren durch Jodpinselungen von einer Leber- und Milzschwellung befreit worden war, erkrankte vor 28 Monaten mit Schwäche im linken Beine, die dann auch das rechte Bein, und nach 2 Monaten auch die oberen Extremitäten ergriff. Kein Fieber, aber Schmerzen in den gelähmten Extremitäten, außerdem Appetitlosigkeit, Erbrechen, Obstruktion und Schwindel beim Stehen. Die einheimischen Ärzte erklärten das Leiden für Beriberi und riethen zur Reise nach Frankreich. Hier fand man noch Abmagerung an den gelähmten Gliedern, Verlust der elektrischen Erregbarkeit und Verminderung der Sensibilität. Mehrfacher Ausbruch von Herpes zoster auf der stärker erkrankten linken Seite. Kontraktur an Händen und Füßen. Allmähliche Besserung, am meisten in den oberen Extremitäten, Rückgängigwerden der Abmagerung und Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit. Nach 2 Jahren kommt der Pat. zum zweiten Male in das Krankenhaus und erliegt einer Lungenschwindsucht. An den oberen Extremitäten hatte sich nicht mehr mit Sicherheit Abmagerung nachweisen lassen, an den unteren dagegen bestanden Schwund der Extensoren und Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes ergab Pigmentdegeneration in den Ganglienzellen der Vorderhörner der Halsanschwellung, dasselbe in stärkerem Maße und verbunden mit Schwund

der Ganglienzellen im Lendentheile. In den Muskeln fanden sich interstitielle Bindegewebswucherung und einfache oder degenerative Atrophie der Muskelfasern, die entsprechenden Veränderungen auch in den vorderen Rückenmarkswurzeln und in den peripheren Nerven. Verff. betonen, dass ihr Befund nicht etwa das ursprüngliche Bild der Krankheit wiedergiebt, und dass ursprünglich auch meningitische Processe und Veränderungen in den Hinterhörnern des Rückenmarkes bestanden haben werden. Verff. nehmen als Grund der Rückenmarkserkrankung Beriberi an und halten erstere für einen lokalen Ausdruck der letzteren. Sie rechnen ihre Beobachtung zu der paralytischen Form der Beriberi. (Bekanntlich hat Baelz multiple Neuritis bei Beriberi nachgewiesen.) **Eichhorst** (Göttingen).

---

5. **Ernst Graser.** Manometrische Untersuchungen über den intraokularen Druck und dessen Beeinflussung durch Atropin und Eserin.

(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883. Bd. XVII. Hft. 5. p. 328.)

Über Druckmessungen in der vorderen Kammer des Auges liegen zwar schon viele Arbeiten vor; die Methodik der Messung war aber immer eine ziemlich rohe, so dass wir eine neue Untersuchung darüber, welche mit einer sehr feinen, ad hoc konstruirten Hohlnadel ausgeführt ist, mit Freuden begrüßen müssen.

Mit Hilfe dieses Instrumentes und eines kleinen auch besonders dazu hergerichteten Quecksilbermanometers gelang es folgende Sätze sicher zu stellen.

1) Die manometrische Messung ist für die Bestimmung des intraokularen Druckes, besonders aber für Bestimmung von geringen Schwankungen nicht nur ausreichend, sondern besonders in der zuletzt berührten Hinsicht wohl das einzige Mittel um genaue Resultate zu erhalten.

2) Im Wesentlichen ist die Höhe des intraokularen Druckes abhängig von dem jeweiligen Blutdruck. So alterirt die Narkose den okularen Druck in demselben Sinne als den Blutdruck. Kompression der Aorta erhöhte den Augendruck um 4—5 mm Hg; Kompression der gleichseitigen Carotis bewirkte ein rasches Sinken um 5—6 mm Hg, dem sich jedoch bald wieder ein langsames Steigen bis zur Norm anschließt. Unterbindung beider Jugularvenen erhöhte ebenfalls nur vorübergehend den Druck. Man sieht daraus, wie außerordentlich vielseitig und ausreichend hier die Einrichtung der arteriellen und venösen Collateralbahnen ist. Mit dem raschen Absinken des Blutdruckes in der Agone und beim Eintritt des Exitus letalis geht auch eine rasche Erniedrigung des okularen Druckes Hand in Hand.

3) Im todten Auge betrug der Druck immer zwischen 8—10 mm Hg, im lebenden von mittelgroßen Katzen ca. 28 mm Hg.

4) Das Spiel der Irismuskulatur übt auf die Höhe des intraokularen Druckes einen bestimmten Einfluss aus und zwar in der

Art, dass Erweiterung der Pupille eine Steigerung, Verengerung eine Herabsetzung der Druckhöhe bedingt. Beim Durchschneiden des Sympathicus tritt unter Pupillenverengerung Sinken des okularen Druckes um 2—6 mm Hg ein. Bei Reizung desselben Nerven steigt der Druck vorübergehend um 5—6 mm, während die Pupille zugleich weit wird.

5) Atropin in der gewöhnlich zur Herbeiführung von Mydriasis gebrauchten Dosis in den Bindehautsack gebracht erhöht den intraokularen Druck (ganz vorübergehend kann es sich vorher um eine Verminderung handeln).

6) Eserin in gleicher Weise angewendet bedingt zunächst eine Drucksteigerung, der aber in allen Fällen nach Verlauf von spätestens einer Stunde eine Druckerniedrigung unter die Norm nachfolgt.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

6. A. Lilienfeld. Untersuchungen über den Gaswechsel fiebernder Thiere.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXII. p. 293—356.)

Unter der Leitung von Zuntz hat Verf. Gaswechseluntersuchungen an Kaninchen gemacht, welche durch subkutane Injektion von Heujauche in einen vorübergehenden fieberhaften Zustand versetzt worden waren. Wegen der angewandten Untersuchungsmethoden muss auf das Original verwiesen werden. Die Einrichtung der verwendeten Apparate ermöglichte es, an dem gleichen Thiere Versuche über den Gaswechsel im normalen und fiebernden Zustande durch längere Zeit hindurch anzustellen. Verf. findet, dass ohne Ausnahme Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe im Fieber gesteigert ist (was von Finkler inzwischen gleichfalls nachgewiesen wurde) und zwar zeigt sich bei hungernden Thieren eine stärkere Einwirkung des fieberhaften Processes als bei den gefütterten, welcher Umstand vom Verf. auf das Sinken des Stoffwechsels zurückgeführt wird, das sich bei den letzteren in Folge des mit dem Versuche erst beginnenden Hungerzustandes einstellt. Es ergab sich weiterhin, dass der respiratorische Quotient $\left(\frac{CO_2}{O}\right)$ durch das Fieber keine Veränderung erfährt. Diese Konstanz des respiratorischen Quotienten weist darauf hin, dass die von Senator gemachte Annahme, wonach im Fieber unvollständige Verbrennungsprocesse bestehen, nicht stichhaltig ist. Vielmehr schließt Verf., dass die Stoffwechselvorgänge im Fieber qualitativ in derselben Weise wie im normalen Zustande ablaufen, dass aber eine quantitative Steigerung derselben im Fieber stattfindet. Dass diese Steigerung im Gaswechsel nicht eine Folge, sondern vielmehr die Ursache der erhöhten Temperatur ist, schließt Verf. aus dem Umstande, dass dieselbe auch bei Thieren zu Stande kommt, denen zwar Heujauche subkutan beigebracht wurde, deren Körpertemperatur aber durch ein gehörig regulirtes Bad am Ansteigen verhindert wurde. Gerade in

einem dieser Versuche, in dem die Körpertemperatur durch das Bad herabgesetzt worden war, ergab sich eine hohe Steigerung des Gaswechsels, die möglicherweise durch die künstliche Abkühlung regulatorisch hervorgerufen wurde. Verf. ist daher (eben so wie Finkler) geneigt eine Wärmeregulation im Fieber, wie in der Norm anzunehmen. Auch darin stimmen die Versuche beider Autoren überein, dass auch L. in den Anfangsstadien des Fiebers fast regelmäßig sehr rapide Schwankungen in der Intensität des Gaswechsels nachweisen konnte. Dagegen weicht er in der Auffassung der vermehrten Wärmeproduktion im Fieber in so fern von Finkler ab, als dieser die Temperatursteigerung für eine heilende Reaktion des Organismus auf die eingedrungene Schädlichkeit ansieht, während L. auf eine von Zuntz ausgesprochene Anschauung hinweist, wonach eine möglichst hohe Temperatur für die Entwicklung des fiebererzeugenden Agens (pyrogene Organismen) günstig, für den thierischen Organismus jedoch nachtheilig sein kann. **Löwit** (Prag).

---

7. **G. Hoppe-Seyler.** Über das Auftreten acetonbildender Substanz im Urin nach Schwefelsäurevergiftung.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1883. Bd. VI. Hft. 5. p. 478 u. 479.)

Der spärliche, schwere, eiweißfreie Harn eines 21jährigen Mädchens riecht am 6. Tage eines akuten Sulfoxysmus nach Aceton und giebt mit Eisenchlorid eine stark rothe Färbung. Das nach dem Ansäuern mit Schwefelsäure erhaltene Destillat liefert mit Jod und Kalilauge einen bedeutenden Niederschlag von Jodoform. Die Menge der gebundenen (Äther-) Schwefelsäure ist im Verhältnis zu der in den Sulfaten vorhandenen abnorm vermehrt. Im Verlauf von einigen Tagen schwindet die deutlich an die Periode der Inanition (Erbrechen, Schluckunvermögen) geknüpfte Eisenchloridreaktion mit zunehmender Nahrungseinfuhr allmählich völlig. **Fürbringer** (Jena).

---

8. **Martin Mendelsohn.** Die infektiöse Natur der Pneumonie.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1883. Bd. VII. p. 178.)

Die vorliegende Arbeit — auf Anregung und unter Einfluss von Leyden entstanden — verfolgt die Absicht, die infektiöse Natur der Lungenentzündung zu erweisen. Verf. benutzt dazu das eben so sorgfältig gesammelte wie kritisch verwerthete kasuistische Material nebst werthvollen Beobachtungen, welche der Klinik Leyden's zugehören. Das Resultat der Untersuchung gipfelt darin, dass die fibrinöse Lungenentzündung zu den Infektionskrankheiten gehört, mit denen sie alle Haupteigenschaften theilt, dass wahrscheinlich sämmtliche fibrinöse Pneumonien einheitlicher und zwar bakteritischer Natur sind.

Verf. hat sein Thema in 7 Abschnitte getheilt und solche betitelt als: 1) epidemisches Auftreten, 2) Entstehung durch direkte Inarsion, 3) Kontagiosität, 4) Abhängigkeit von meteorologischen Einflüssen, 5) das »Monas pulmonale«, 6) Art der Invasion, Disposition und Immunität, 7) Einheit der Pneumonien.

ad 1) Beobachtungen von epidemischem Auftreten der Pneumonie haben sich mit der Zeit mehr und mehr gehäuft. Bald wurden ganze Ortschaften von fibrinöser Pneumonie mehr oder minder stark befallen, bald brach die Krankheit epidemisch unter Soldaten eines bestimmten Truppenkörpers aus, bald handelte es sich um Hauspneumonien, einzelne Privathäuser und Gefangenanstalten. Beispiele s. im Original.

ad 2) Mehrfach hat man Massenerkrankungen, welche an bestimmte Örtlichkeiten gebunden waren, mit miasmatischen Schädlichkeiten in Verbindung gebracht, namentlich mit Unsauberkeit und schlechter Ventilation von Aufenthaltsräumen. Verf. berichtet hier über eine Beobachtung der Leyden'schen Klinik, in welcher ein Kutscher mit Ehefrau und 3 Kindern eine sehr schmutzige Wohnung bezog, so dass das Ehepaar Tage lang mit Reinigung der Wohnung zubringen musste. Binnen kurzer Zeit erkrankte die ganze Familie mit Ausnahme eines Kindes an Lungenentzündung.

ad 3) Verf. konnte mehrfach Beispiele von Ansteckung mit Pneumonie ausfindig machen. Aber nicht nur, dass Personen in Gefahr sind, die mit einem Pneumoniker in Berührung gekommen sind, es kann die Krankheit auch durch gesund bleibende Mittelspersonen in abgelegene und bisher gesunde Räume übertragen werden.

ad 4) Die Häufigkeit der Lungenentzündung ist von Temperaturwechseln unabhängig. Die typische Häufigkeitskurve der Lungenentzündung richtet sich allein nach der Menge der atmosphärischen Niederschläge oder was dasselbe sagt, nach dem Grundwasserstande. Relative Nässe des Bodens hindert die Entstehung von Pneumonie, relative Trockenheit dagegen begünstigt sie.

ad 5) Als Infektionsträger hat man bestimmte Mikrokokken zu betrachten, welche Klebs zuerst als Monas pulmonale beschrieb, und die Leyden und Günther zum ersten Male durch Punktion der pneumonischen Lunge vom Lebenden gewannen. Selbige sind von eiförmiger Gestalt, stellen meist Diplokokken dar, kommen aber auch in Ketten von 3—4 Gliedern vor. Ähnliche Gebilde, nur größer, finden sich auch bei der Pleuropneumonie der Pferde.

ad 6) Die Inkubationszeit für Pneumonie scheint bis 20 Tage betragen zu können. Pneumonie gehört zu den Infektionskrankheiten, deren einmaliges Überstehen zu nachfolgenden Krankheiten prädisponirt. An inficirten Orten werden mit Vorliebe Fremdlinge befallen, allmählich tritt Anpassung an das Gift ein.

ad 7) Wahrscheinlich liegt allen Pneumonien eine Noxe zu Grunde, der verschiedene Verlauf ist aus Widerstandsfähigkeit des

Individuums und Menge und Entwicklung der Pneumoniekokken zu erklären. Besonders günstigen Entwicklungsboden geben Säufer ab. Erkältung hat immer nur einen begünstigenden, keinen primär ätiologischen Einfluss.

Eichhorst (Göttingen).

---

9. **Verneuil.** De la consolidation des fractures chez les diabetiques.

(Bull. de l'acad. de méd. 1883. No. 30.)

V. verfolgt immer weiter die Beziehungen, welche zwischen traumatischen Läsionen und Allgemeinkrankheiten bestehen. Er hat bekanntlich schon zahlreiche Publikationen über dieses Thema gemacht. Diesmal veröffentlicht er 4 Fälle von Frakturen bei Diabetikern. In dreien davon konnte man keine rechte Callusbildung hervorrufen, blieb einmal die Konsolidation ganz aus, war einmal unvollkommen und trat einmal sehr spät erst ein. Weiter fiel es V. auf, dass gerade Diabetische Traumen gegenüber auffallend analgisch sind, ja er verspricht Mittheilungen »über traumatische Analgesie als den Diabetes vermuthen lassendes Zeichen«. Bouchard fasst den Diabetes auf als eine Krankheit, die auf »ralentissement de la nutrition« beruhe. In seiner Beobachtung sieht V. eine Stütze dieser Ansicht.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

10. **Magnan** (Paris). Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté.

(Journal de thérap. 1883. No. 19.)

Es ist bekannt, dass Geisteskranke mitunter verschiedene Gehörshallucinationen auf beiden Ohren haben, z. B. gleichzeitig rechts Schmäh- und Schimpfreden, links Lobsprüche und Schmeicheleien hören; mitunter sind auch die Gehörstäuschungen exquisit einseitig. M. berichtet einige neue höchst interessante Beobachtungen der Art und weist an mehreren Alkoholisten, die später geisteskrank wurden, nach, dass sie bei zunehmender Demenz, während sie »expansive« Ideen äußerten, vorwiegend rechtsseitige Gehörshallucinationen hatten; er wirft dabei die Frage auf, ob dies mit der Präponderanz der linken Großhirnhemisphäre zusammenhinge. Analoge Beobachtungen sind auch bei Hysterischen und bei Hypnotisirten gemacht, und bei diesen Personen so gut wie bei Geisteskranken hat man allen Grund anzunehmen, dass die krankhaften Processe sich in der Hirnrinde abspielen; es würde also daraus hervorgehen, dass jede Hemisphäre eine gewisse funktionelle Selbständigkeit besitzt.

Küssner (Halle a/S.).

---

11. **Marius Dupont.** Le larynx et le pharynx du sourd-muet.

(Annales pour les maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. No. 2. Mai.)

Der Verf. berichtet über die Resultate von an Schülern der Institution nationale des sourds-muets de Paris durch Krishaber und Ladreit de Sacharrière vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchungen. Bei den ersten der untersuchten Schüler hatte Krishaber eine Rückwärtsstellung der Epiglottis konstatirt, wodurch der Kehlkopfeingang fast vollständig verdeckt wurde; die Stimmbänder bewegten sich durchaus normal. Unter den jugendlichen Taubstummen befand sich ein großer Theil mit vergrößerten Tonsillen. Auffallend erschien Krishaber die Toleranz der Taubstummen gegen die Untersuchung mit dem Spiegel, ein Umstand, der auf die häufige Anwendung des Spatels und Fingers, Behufs Besichtigung der Rachengebilde bei diesen Individuen, und auf die perversion générale de la sensibilité chez le sourd zurückgeführt wird. Entzündliche Processe an den falschen Stimmbändern hat Krishaber bei keinem der untersuchten Kinder gefunden, auf einen besonderen krankhaften Zustand dieser Theile des Kehlkopfes ist die bei Taubstummen nur allzuhäufige Vox rauca daher nicht zurückzuführen; K. glaubt vielmehr, dass diese Veränderung der Stimme mit der steten Anwesenheit von Schleim im Kehlkopfeingang bei Taubstummen in Beziehung zu bringen ist. Während der Normalhörende diese Schleimmassen als Hindernis beim Sprechen empfindet und sie durch Räuspern entfernt, lässt sie der Taubstumme, der nicht weiß, was in dem Kehlkopf, d. h. einem Organ, an dessen Anwendung er nicht gewöhnt ist, vorgeht, sich ruhig anhäufen und büßt dadurch die Klarheit der Stimme ein. Als andere Erklärung für diese Eigenartigkeit der Stimme führt K. noch folgende an. Während der Normalhörende außerordentlich verschiedenartige Spannungs- und Kontraktionszustände in seinen Stimmbändern herbeiführen kann, deren Zweck- oder Unzweckmäßigkeit durch das Ohr kontrollirt wird, fehlt dieser Regulirungsmechanismus beim Taubstummen, dessen Stimme etwas mehr Automatisches, mehr einem Geräusch als einem Ton Ähnelndes hat; statistisch wäre zu bemerken, dass Ladreit auf 100 Taubstumme 20 so geborene berechnet hat. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

12. **Mya** e **Vandoni.** Sull' absorbimento per via cutanea di sostanze purgative.

(Gaz. d. ospit. 1883. No. 70.)

Die Verff. haben Aloin als Abführmittel in Form von Einreibungen mit Erfolg in 8 Fällen angewendet. 2 g bei Erwachsenen, 1 g bei Kindern unter 10 Jahren mit Glycerin oder Vaseline sorgfältig und in möglichst große Hautflächen eingerieben führte nach

4—6 Stunden mehrere von mäßigen Kolikschmerzen begleitete Darmentleerungen herbei, ohne irgend welche lokale Irritation. Bei Kaninchen gelang es durch Aloin einen heftigen selbst tödlichen Darmkatarrh zu erzeugen. **Kayser** (Breslau).

---

13. **A. T. Cabot.** Contribution of the treatment of empyema.

(Boston med. and surg. journ. 1883. Aug. 16.)

Als Operationsstelle wählt Verf. den 8. Interkostalraum in einer vom Rande des Latissimus dorsi geführten Senkrechten. Er bedient sich einer halbgeschlossenen, also rinnenförmigen Hohlnadel (vgl. im Original die Abbildung), deren Rinne, wenn es sich um Empyem handelt, gleichzeitig zur Führung des Messers benutzt wird. Verf. befürwortet Ausspülung der Pleurahöhle unmittelbar nach der Operation, namentlich zur Entfernung etwaiger Coagula, welche die Heilung verzögern. Doch warnt er vor Benutzung der Karbolsäure wegen leicht eintretender Vergiftungserscheinungen und räth zu Kochsalzlösungen. Besonderes Gewicht legt er auf einen genauer beschriebenen antiseptischen Verband, welcher so beschaffen sein muss, dass er Luft und Eiter aus dem Pleuraraum hinaustreten, aber keine Luft hineingelangen lässt, also eine Art von Klappenverschluss. Es tritt danach auffällig schnelle und vollkommene Ausdehnung der Lunge ein und etwaige Putrescenz des Eiters hört schnell auf. Bei Phthisikern empfiehlt Verf. Punktion und Aspiration, wenn nöthig, nicht Schnitt. **Eichhorst** (Göttingen).

---

14. **Bourneville** et **Brisson.** Recherches critiques et expérimentales sur l'emploi de l'aimant dans l'épilepsie.

(Progr. méd. 1883. No. 13.)

Verff. resumiren nach kurzem historischen Überblick und nachdem sie 15 theils einfache, theils zusammengesetzte in Bicêtre gebräuchliche Magnetenarten (darunter Armaturen in Hals-, Arm-, Strumpfbandformen) abgebildet, als physiologische Effekte entgegen den positiven Angaben Maggiorani's keinen bemerkenswerthen Einfluss auf Puls, Respiration, Pupille, Sensibilität, Motilität und Temperatur. Ein Theil der Kranken gab eigenthümliche Sensationen (Prickeln, Ameisenlaufen, Reißen etc.) zumal im Bereich des Nordpols an, doch bestanden solche Parästhesien zum Theil schon vor der Magnetisation. Eine zuweilen an der Kontaktstelle auftretende Röthe beziehen Verff. auf die Kälte und den Druck des Apparates. Bei einem Kranken trat während der Applikation Spinalepilepsie ein.

Noch weniger ermuthigend gestalteten sich die therapeutischen Effekte. Die Behandlung mit den Hufeisenmagneten ergab bei 15 Epileptischen so gut wie kein befriedigendes Resultat, wesshalb diese Applikation verworfen wird. Hingegen schienen von 7 mit Armaturen behandelten Epileptikern 2 sich zu bessern; bei dem einen von

diesen, der während 4 Monaten vor der Behandlung 58 große und 11 Schwindelanfälle erlitten, waren während der 4monatlichen Magnetisirung nur 25mal Konvulsionen und 2mal Schwindel aufgetreten

Fürbringer (Jena).

---

15. **Schott** (Nauheim). Beitrag zur tonisirenden Wirkung kohlensäurehaltiger Thermalsoolbäder aufs Herz.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 28.)

Die Behandlung von Herzkranken durch kohlensäurehaltige Soolthermen ist schon mehrfach besprochen und deren günstige Resultate anerkannt worden. Zur Illustration des Gesagten führt Sch. einen Krankheitsfall an, bei dem die Diagnose auf Myokarditis mit relativer Schlussunfähigkeit der Mitralis gestellt war. Nach einer 2maligen, je 6 Wochen lang dauernden Badebehandlung, wurde völlige Heilung erzielt. Das Zustandekommen dieses günstigen Effektes findet seine Erklärung in dem tonisirenden Einfluss der Bäder auf die Herzmuskulatur.

Bei einer solchen Badebehandlung ist allerdings eine strenge Kontrolle von Seiten des Arztes nothwendig, wenn nicht statt der günstigen Erfolge Verschlimmerungen eintreten sollen.

Seifert (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

16. **Lefferts.** New facts in laryngology.

(Archives of laryngology vol. IV. Hft. 3.)

Unter diesem Titel erzählt L. die Krankengeschichte eines jungen (wie alt?), hereditär in nervöser Hinsicht nicht ganz freien Mannes, bei welchem sich während der letzten 8 Jahre sehr häufige, kurz dauernde, nicht mit allgemeinen Krämpfen, wohl aber mit Verlust des Bewusstseins einhergehende, stets durch krampfartige Hustenattacken eingeleitete Anfälle einstellen, nach deren Vorübergehen Pat. wieder vollständig munter ist; in leichteren Anfällen folgen dem prämonitorischen Husten einige krampfhafte von einem mäßigen Erstickungsanfall begleitete Athemzüge. Bei einem zweiten, sonst ebenfalls gesunden Menschen besteht ein gleicher Zustand seit einem Jahr, die Anfälle traten hier nur seltener auf.

L. reiht diese Krankheitsfälle dem von Charcot im Jahre 1876 zuerst beschriebenen und von ihm als »vertige laryngée« bezeichneten Krankheitsbilde an, über dessen Ätiologie wir, abgesehen von dem gelegentlich symptomatischen Vorkommen desselben in sehr frühen Stadien der Tabes oder auf dem Boden der Hysterie, eben so wenig wissen, wie über das demselben zu Grunde liegende pathologisch anatomische Substrat. Grey hat für diesen Symptomenkomplex die Bezeichnung »laryngeal epilepsy« vorgeschlagen, worin wohl nur der Hinweis auf die die genannten Zustände begleitende Bewusstlosigkeit liegen soll; in wie weit an dem Eintreten der letzteren der doch immer nur kurzdauernde Laryngospasmus participirt, ist mit Sicherheit kaum anzugeben, jedenfalls glaubt Ref. nicht, dass man in dem Glottiskrampf allein das ätiologische Moment für die Entstehung der Bewusstlosigkeit zu suchen habe, da mannigfache andere sich auf Glottiskrampf beziehende Beobachtungen eine derartige Auffassung als nicht zutreffend erscheinen lassen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

17. Jarvis. The healing of ulcers in laryngeal phthisis.

(Archives of laryngology vol. IV. Hft. 3.)

J. berichtet die Krankengeschichte eines 45jährigen Fräuleins, bei welchem im Anschluss an eine im Februar vorigen Jahres überstandene Pleuritis unter hochgradigen Störungen des Allgemeinbefindens und Auftreten heftigen Hustens sich Schmerzen im Halse einstellten, die sie ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen nöthigten. Außer Infiltrationserscheinungen in der linken Lungenspitze und pleuritischem Reiben wurde im Larynx wulstige Verdickung der Schleimhaut über den Arytänoidknorpeln mit oberflächlicher Ulcerationsbildung, Verdickung der falschen und wahren Stimmbänder, so wie ein Ulcus am Rande des rechten wahren Stimmbandes konstatirt. Unter einer milden, nach vorheriger Entfernung des das Larynxinnere erfüllenden Schleims durch Sprayflüssigkeit, in Einpulverungen von Jodoform bestehenden Lokaltherapie und gleichzeitiger Kräftigung des Gesammtorganismus erholte sich die später ins Gebirge geschickte Pat., welche sich J. im Januar 1883 wohlauf vorstellte. Im Larynx ist eine halbmondförmige Narbe am rechten Stimmband zu erkennen, die Prominenzen über der hinteren Larynxwand bestehen noch, die Stimme ist etwas rauh, Stimmbandbeweglichkeit gut, an den Lungen »signs of fibrous phthisis«.

In der Epikrise meint J., dass es sich nicht um tuberkulöse Geschwüre im Kehlkopf gehandelt habe, dagegen spreche deren bei tuberkulösen Geschwüren niemals vorkommender Beginn an den wahren Stimmbändern, glaubt vielmehr, dass traumatische durch den Husten bedingte Einwirkungen auf die infiltrirten Stimmbänder — welcher Natur diese Infiltration gewesen sei, lässt J. unberücksichtigt (Ref.) — die Substanzverluste auf denselben producirt habe; jedenfalls beweise die Beobachtung, dass gewisse Ulcerationen im Larynx bei Phthisikern heilen können. (Diese Thatsache ist an sich nicht zu bestreiten, freilich dürfte der Fall J.'s als Beleg hierfür nicht angezogen werden können, da nach Ansicht des Ref. hier von Heilung keine Rede ist, wie das Fortbestehen der zackigen Schleimhautwülste über der hinteren Larynxwand beweist; der Fall gehört vielmehr in die nicht ganz kleine Kategorie derer, bei denen es zu einem Stillstand des pathologischen Processes sowohl in den Lungen als im Larynx gekommen ist; solche Stillstände können unter Umständen sich über einen längeren Zeitraum erstrecken und wiederholt eintreten, ja es kann, was freilich sehr selten sein dürfte, lokal [d. h. im Larynx] die Affektion vollständig zur Heilung kommen und die Pat. gehen schließlich doch an allgemeiner Phthise zu Grunde. Ref.) **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

18. Luigi Mazzotti (Bologna). Contribuzione allo studio dell' epatite interstiziale flaccida.

(Rivista clinica 1883. Juni.)

Unter dem Namen Hepatitis interstitialis flaccida beschrieb Galvagni im Jahre 1880 (Rivista clin. di Bologna 1880 Fasc. 11 p. 331) einen Fall, der während des Lebens im Ganzen die Symptome der gewöhnlichen atrophischen Lebercirrhose darbot, bei der Obduktion aber sich dadurch auszeichnete, dass die verkleinerte Leber nicht die gewöhnliche Härte der cirrhotischen Leber, sondern im Gegentheil eine abnorme Weichheit darbot. Ein zweiter analoger Fall wurde 1882 von Ughetti (Archivio Medico 1882 Juli und August) unter der Bezeichnung Hepatitis interstitialis mollis veröffentlicht. Einen dritten Fall hatte M. zu beobachten Gelegenheit. Da der Gegenstand eben so viel Interesse darbietet, wie er in Deutschland wohl wenig bekannt ist, mögen die drei Beobachtungen in Kürze hier ihren Platz finden.

1) Fall von Galvagni. 44jährige Tagelöhnerin, früher bis auf einjährige Chlorosis gesund, nach einer zweiten Geburt zu 31 Jahren fieberhafte Erkrankung, seit dieser Zeit kränklich, Menstruationsanomalien, Fluor albus, bei Anstrengungen Dyspnoe und Herzpalpitationen. 2½ Monate vor Aufnahme in die Klinik stellte sich abnormes Durstgefühl ein, darauf Diarrhoen, Abnahme der Harnentleerung, Appetitmangel, Abmagerung, allmähliche Zunahme des Leibesumfanges,

Ödeme der unteren Extremitäten, seit Zunahme des Leibes auch abendliche Fieberschauer. In dem letzten Wohnorte der Pat. hatten während zweier Jahre, aber auch nur während dieser, intermittirende Fieber geherrscht. Status praesens bei der Aufnahme: hochgradiger Ascites, Ödem der Bauchdecken und Unterextremitäten, Vergrößerung der Milzdämpfung, Caput Medusae, Fremissement in der Regio epigastrica, ähnlich den venösen Halsgeräuschen und sowohl mit der aufgelegten Hand, wie durch das Stethoskop zu konstatiren. Temperatur zwischen 37,4 und 38,7, Puls 62—112, Respiration 36—56. Urin sehr spärlich, kein Albumen. Es wurde durch Paracentese 6,20 kg Flüssigkeit entleert, doch der Ascites stellte sich bald wieder ein. Tod unter Delirien, Hallucinationen, Koma.

Sektionsbefund: Pleuritis dextra mit hämorrhagischem Exsudat, Hypostasen in der Lunge, Verdickung und Trübung des freien Randes der Mitralis. Ascites, Milz auf das 7—8fache des Normalen vergrößert. Leber klein, 780 g schwer, von blassgelber Farbe, Oberfläche glatt, nur hier und da körnig. Konsistenz vollkommen weich, so dass beim Aufheben des Organs die Ränder völlig herunterklappen. Die mikroskopische Untersuchung der Leber ergiebt: Vermehrung des interstitiellen Gewebes durch Spindel- und Sternzellen, Fibrillen und zahlreiche lymphoide Körperchen; Verkleinerung der Acini, deren Zellen größtentheils fettig degenerirt sind.

2) Fall von Ughetti. 17jähriger Schwefelarbeiter, von gesunden Eltern abstammend, keine Syphilis, keine Excesse in Alkohol, kein Malaria-Einfluss. Vor 2 Monaten, nachdem einige Tage lang Fieberfröste vorhergegangen waren, rapid zunehmende Anschwellung des Unterleibes. Status praesens bei der Aufnahme: Ascites, starke Vergrößerung der Milzdämpfung, leichte ikterische Verfärbung der Haut. Punctio abdominis, doch der Ascites stellt sich sehr schnell wieder ein. Tod 7 Tage nach der Punktion, in den letzten Tagen Delirien.

Sektionsbefund: Ascites, Größe der Milz beträgt das Achtfache des Normalen, Leber auf etwa zwei Drittel der Norm verkleinert, weich; die Schnittfläche derselben setzt sich zusammen aus hervorspringenden, gelb-röthlichen, braungefleckten Körnchen, die von weichen, weißlichen bindegewebigen Streifen umgeben sind. Mikroskopisch: Reichliche Bindegewebsentwicklung in der Umgebung von Inseln aus Lebersubstanz, die entstanden sind durch die Vereinigung einzelner Acini. Das Bindegewebe sehr gefäßreich und, namentlich in der Peripherie jener Inseln und in der Nachbarschaft der Gefäße sehr reich an embryonalen Zellen. Auch im Innern der Lebersubstanz finden sich mehrfach Inseln von embryonalem Gewebe. Die Leberzellen zeigen starke Pigmentirung, leichte Fettinfiltration.

3) Fall von M. 19jähriges Mädchen, in Malariagegend geboren und wohnhaft, schon in der Kindheit häufiger an periodischen Fiebern leidend. Etwa ein halbes Jahr vor der Aufnahme in das Krankenhaus Intermittens mit tertianem Typus, welche nach 14 Tagen auf Chiningebrauch wich. Seit der Zeit Milztumor, Amenorrhoe. Bald darauf allmählich wachsende Zunahme des Leibes unter gleichzeitiger Abnahme der entleerten Harnmenge. Status praesens bei der Aufnahme: kräftiger Körperbau, erdfarbenes Hautkolorit, gesunkene Ernährung; Ascites; Milz überragt gut 6 Finger breit den Rippenrand, hart, glattrandig; subkutane Venen sehr deutlich; keine ikterische Hautfärbung; Temperatur (auch weiterhin) normal; Urin sehr sparsam, reich an Uraten, frei von Albumen, Zucker, Gallenfarbstoff, spec. Gew. 1,049. Die Kranke wurde ohne Erfolg mit Roborantien, später mit Jodkali behandelt. Punktion musste zweimal gemacht werden. Nach der ersten Punktion erschien die Leber dem palpirenden Finger weich und eher vergrößert als verkleinert, nach der zweiten war der Leberrand nicht mehr zu fühlen. Etwa 14 Tage ante mortem wurde, ohne dass Temperatursteigerung oder subjektive Symptome, außer Zunahme der Dyspnoe, darauf hinwiesen, ein großes pleuritisches Exsudat der rechten Seite konstatirt. Tod 7 Tage nach der zweiten Punktion, nachdem die Kranke am Tage vorher ganz

unerwartet einen heftigen, langdauernden Frostanfall mit Erbrechen gehabt hatte gefolgt von einer Temperatursteigerung auf 41,0.

Sektionsbefund: In der rechten Pleurahöhle eine hellgelbe, etwas trübe Flüssigkeit ohne Fibrinflocken, Pleura costalis deutlich injicirt, rechte Lunge atelektatisch. Ascites. Leber, auf weniger als die Hälfte des normalen Volumens verkleinert, zeigt auf Oberfläche und Schnittfläche stecknadelknopf- bis haselnussgroße, gelbe Prominenzen, umgeben von glattem, weißem Gewebe. Die Konsistenz des Organs ist weicher als normal. Milz auf das Sechs- bis Siebenfache des Normalen vergrößert. Lymphdrüsen, besonders die mesenterialen, ein wenig vergrößert. Urogenitalapparat und sonstige Organe normal, Hymen intakt. Die sehr exakt vorgenommene mikroskopische Untersuchung am gehärteten Organe ergab: Vermehrung des interstitiellen Gewebes, Verkleinerung der Acini. Das neugebildete Bindegewebe umgab in der Regel eine Gruppe von Acini, schnürte aber in vorgeschritteneren Stadien auch einzelne Acini ein, ja drang selbst in das Innere des Acinus vor. Es bestand größtentheils aus lymphoiden Zellen, aber auch hier und da aus Bindegewebskörperchen und Fibrillen. An Stellen, wo die ersteren weniger zahlreich vorhanden waren, wurde nicht selten eine strukturlose oder nur leicht gekörnte, sich mit Karmin schlecht färbende Substanz angetroffen, die M. als ein Degenerationsprodukt anspricht; auch fanden sich an entsprechenden Stellen öfters kleine Hämorrhagien. Gallengänge wurden sehr zahlreich, aber unregelmäßig vertheilt gefunden, ihre Endothelzellen zeigten häufig keine deutlichen Grenzen gegen einander und füllten oft das ganze Lumen aus; M. zweifelt nicht, dass es sich in der That um eine wahre Neubildung von Gallengängen handelte. Die Leberacini zeigten in Folge der Kompression ganz unregelmäßige Konfigurationen, so dass man häufig keine Spur der Vena centralis sehen konnte; die Leberzellen waren theils normal, theils zeigten sie Fettinfiltration, theils waren sie fettig degenerirt; an den Stellen, wo die Bindegewebsformation in die Acini hineingriff, waren sie öfters auch bis auf die freigewordenen Kerne zerfallen. Die obigen Veränderungen fanden sich gleichmäßig in dem ganzen Organe vor, nahmen aber im Ganzen von den peripheren Theilen (Kapsel) zum Centrum an Intensität ab.

M. glaubt, wohl mit Recht, die drei Fälle zusammenfassen zu müssen und aus ihnen das Bild einer besonderen Varietät der Lebercirrhose, die er mit Galvagni als Hepatitis interstitialis flaccida oder Cirrhosis hepatica flaccida bezeichnet, konstruiren zu dürfen. Ausgezeichnet wäre diese Form gegenüber der gewöhnlichen Cirrhose in Bezug auf ihre klinischen Erscheinungen durch den rapiden Verlauf (2½—5 Monate) und durch den plötzlichen und unerwarteten Eintritt des Todes (2mal unter Delirien und Koma, einmal nach einem heftigen Fieberanfall), anatomisch durch die oben näher gekennzeichneten Eigenthümlichkeiten der Leber. Ätiologisch sind jedenfalls die Haupturšachen der gewöhnlichen Lebercirrhose, Alkoholismus und Syphilis, auszuschließen; in dem einen der Fälle (Fall 3) ist wohl Malaria als ätiologisches Moment anzusprechen, in einem zweiten (Fall 1) ist diese Ursache wenigstens nicht von der Hand zu weisen, in dem dritten Falle (Fall 2) ist nichts davon nachweisbar (obwohl gerade in dieser Beobachtung sich eine Eigenthümlichkeit findet, die wenigstens Picquet, de l'hépatite interstitielle paludéenne, Thèse de Paris 1880 für charakteristisch für die Cirrhose durch Malaria-Einfluss hält, nämlich die Pigmentinfiltration der Leberzellen. Ref.).

Freudenberg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 4. **Sonnabend, den 26. Januar.** **1884.**

1. Alex. Andreesen. Über die Ursachen der Schwankungen im Verhältnis der rothen Blutkörperchen zum Plasma.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1883.

Schwankungen in den Mengenverhältnissen der rothen Blutkörperchen sind nach den Ausführungen des Verf. zurückzuführen: 1) auf Veränderungen der gesammten Plasmamenge (Wasserabgabe oder Aufnahme) mit consecutiver relativer Zu- oder Abnahme der rothen Blutkörper); 2) auf Veränderungen im Umsatz der rothen Blutkörperchen; 3) auf Veränderungen der Gefäßinnervation. Eingehender hat Verf. den Einfluss der Inanition und den der Gefäßweite auf die Zahl der rothen Blutkörperchen studirt. Die Zählungen der Blutkörperchen (nach Thoma) sind durchwegs an Geisteskranken angestellt. Während der Inanition findet der Autor, in Übereinstimmung mit bereits bekannten Angaben, eine relative Zunahme der rothen Blutkörperchen, die durch hinreichende Wasserzufuhr allein wieder ausgeglichen werden kann. Mit der Nahrungsaufnahme nach länger dauernder Inanition tritt ein rapides Sinken der relativen Zahl der rothen Blutkörper ein.

Den Einfluss der Gefäßweite auf die Zahl der rothen Blutkörper hat Verf. durch Zählungen vor und nach Einführung solcher Mittel festzustellen versucht, »denen die Pharmakologie einen Einfluss auf die Weite der Gefäße zuschreibt« (Alkohol, Chloralhydrat, Amylnitrit). In allen Versuchen findet Verf. unter dem Einfluss der genannten Substanzen ein Sinken der Zahl der rothen Blutkörper, das Verf. geneigt ist mit der Gefäßerweiterung in Zusammenhang zu bringen.

Löwit (Prag).

---

2. **Joh. Dogiel.** Neue Untersuchungen über die Ursache der Geldrollenbildung im Blute des Menschen und der Thiere.

(Archiv für Physiologie 1883. p. 357—364.)

Verf. hatte früher die Anschauung aufgestellt, dass die Ursache der Geldrollenbildung der rothen Blutkörperchen in dem Fibringehalte des Blutes zu suchen sei. Dieser Ansicht ist seither vielfach widersprochen worden, zumal Geldrollenbildung auch am defibrinirten Blute beobachtet wurde. Allerdings tritt dieselbe hier langsamer auf, was auf Formveränderungen der rothen Blutkörperchen beim Schlagen des Blutes zurückgeführt wurde. Verf. zeigt nun, dass auch am defibrinirten Froschblut, das nur eine sehr geringe Neigung zur Geldrollenbildung zeigt, sofort trotz der Gestaltveränderung der rothen Blutzellen Geldrollenbildung eintritt, sobald man zum Präparat Serum von Froschblut oder eines fremdartigen Blutes hinzutreten lässt. Im defibrinirten Katzenblute tritt unter den gleichen Bedingungen Geldrollenbildung sehr rasch ein; durch Hinzufügen von 8 %iger Kochsalzlösung kann die Geldrollenbildung wieder aufgelöst werden. Verf. vertritt die Ansicht, dass auch die rothen Blutkörper sich an der Fibrinbildung betheiligen. »Die bei der Geldrollenbildung auftretenden und die rothen Blutkörperchen mit einander verbindenden Fäden können theilweise die Theilnahme der rothen Blutkörperchen an der Fibrinbildung beweisen.« Die vom Verf. angeführten chemischen Reaktionen (Unlöslichkeit in H_2O und Löslichkeit in $NaCl$ und KNO_3 Lösungen) sprechen aber nicht für die Anschauung, dass diese Fäden wirklich aus typischem Fibrin bestanden.

Löwit (Prag).

---

3. **J. Hlava.** Die Beziehungen der Blutplättchen Bizzozero's zur Blutgerinnung und Thrombose. Ein Beitrag zur Histogenese des Fibrins.

(Archiv für exp. Path. und Pharm. Bd. XVII. Hft. 6. p. 392—418.)

Verf. hat die Angaben von Bizzozero über die Blutplättchen (vgl. dieses Centralblatt 1883 No. 17) theilweise einer Nachprüfung unterzogen, und sich dabei hauptsächlich der Trockenmethode zum Studium der Blutplättchen bedient (vgl. das Original).

Die spindelförmigen Zellen des Froschblutes, die von Bizzozero als Blutplättchen angesprochen wurden, hält Verf. nur für eine Art der weißen Blutzellen. Bei Säugethieren sah Verf. im cirkulirenden Blute außer den weißen und rothen Blutkörperchen scheibenförmige ungefärbte Gebilde, außerdem »unregelmäßig gestaltete und endlich kleine runde gefärbte Elemente«. Nur die ersteren spricht Verf. als Blutplättchen an, die letzteren hält er »für junge oder Stückchen rother Blutkörperchen« (? Ref.). Im ausgetretenen Blute konstatirt Verf. zunächst, dass die Zahl der Blutplättchen nicht so bedeutend ist, wie sie von Hayem angegeben wurde. Da Verf. bei Salzzusatz zum Blute stets die Zahl der Blutplättchen vermehrt sah, und da er dabei meistens freie Kerne und körnige Massen fand, deren Entstehung er auf Veränderungen der mehrkernigen weißen Blutkörperchen zurückführt, so scheint ihm schon dieser Umstand auf einen Zusammenhang der genannten beiden Gebilde hinzuweisen. Auch das analoge Verhalten der Blutplättchen und der Kerne der weißen Blutkörperchen gegen verschiedene Farbstoffe führt Verf. für die Zusammengehörigkeit der beiden Elemente an. Ließ Verf. theilweise oder vollständige Gerinnung an seinen Präparaten eintreten, so fand er die Blutplättchen ebenfalls vermehrt, was auf einen Zerfall der mehrkernigen weißen Blutzellen bei der Gerinnung zurückgeführt wird. Direkt beobachtet wurde dieser Zerfall vom Verf. nicht, er erschließt ihn nur aus Veränderungen der weißen Blutkörperchen, die er an seinen Präparaten fand. Die unter normalen Verhältnissen im Blute bereits vorhandenen Blutplättchen sieht Verf. als die Kerne der auch unter normalen Bedingungen im Blute stets zerfallenden weißen Blutzellen an. Auch die Fibrinbildung wurde vom Verf. in den Bereich seiner Untersuchung gezogen, indem er das Blut mit Fäden schlug und diese zu verschiedenen Zeiten untersuchte. Er glaubt auf diese Weise konstatiren zu können, dass an der Fibrinbildung nur weiße mehrkernige Blutzellen betheiligt sind, die einen eigenthümlichen Zerfallsprocess dabei durchmachen, derart, dass zunächst das Zellprotoplasma zerfällt und schließlich auch die auf diese Weise frei gewordenen Kerne eine körnige Umwandlung durchmachen. Verf. analogisirt den ganzen Process mit der Coagulationsnekrose, und steht auch nicht an die Blutgerinnung als eine Coagulationsnekrose der weißen Blutkörperchen zu bezeichnen, durch welche das Ferment frei wird, »welches die Vereinigung der fibrinoplastischen und fibrinogenen Substanz hervorbringt« (? Ref.). In dem fertigen Fibrin hat Verf. nur sehr wenige, zumeist einkernige Leukocyten, aber keine Kerne (Blutplättchen) mehr eingeschlossen gefunden (? Ref.).

Die von Bizzozero gemachte Angabe über die Zusammensetzung der Thromben aus Blutplättchen wird vom Verf. gleichfalls nicht bestätigt. Wohl können sich die normalerweise vorhandenen Blutplättchen an die weißen Blutkörperchen des Thrombus anhaften, die Hauptrolle fällt jedoch den letzteren zu. Die an den weißen Blutkörperchen des Thrombus sich weiterhin abspielenden Processe

werden in Übereinstimmung mit Weigert gleichfalls als eine Coagulationsnekrose bezeichnet. Löwit (Prag).

---

4. L. Wooldridge. Zur Gerinnung des Blutes.

(Archiv für Physiologie 1883. p. 389—393.)

Verf. studirt die Gerinnung des Blutes am Peptonplasma, ausgehend von der Anschauung, dass die Gerinnung des Blutes durch das Zusammenwirken von Blutplasma und weißen Zellen zu Stande kommt, das im Peptonblut aufgehoben zu sein scheint. Verf. zeigt, dass in einem durch die Centrifuge von körperlichen Elementen vollständig befreiten Peptonplasma das Fibrinferment von A. Schmidt keine Gerinnung hervorruft, eben so wenig wie Normalserum. Nach Durchleiten von Co_2 (eben so wirkt eine andere Säure) tritt nach Zusatz des Fermentes Gerinnung ein, während die Säure allein unwirksam ist. Zusatz von Leukocyten (aus Lymphdrüsen) zum Plasma ruft rasch Gerinnung hervor. Das zellenfreie Serum von dieser Gerinnung bringt eine Portion Plasma wieder zur Gerinnung. Das Wesen dieser Wirkung vermag Verf. nicht aufzuklären.

Weiterhin zeigt Verf., dass auch Zusatz eines Alkohol-Äther-Auszuges aus den Leukocyten zum Plasma eben so wie die Zellen selbst wirkt. Der wirksame Bestandtheil dieses Auszuges ist das Lecithin, das mithin als ein Gerinnungsfaktor vom Verf. angesehen wird. Lecithin aus rothen Blutkörperchen dargestellt wirkt eben so, wie das aus den Leukocyten bereitete. Dagegen ist Lecithin aus Eiern dargestellt unwirksam; Verf. vermuthet, dass das aus dem Blutserum gewonnene Paraglobulin stets mit Lecithin verunreinigt ist, es ist daher fraglich ob in derartigen Fällen das Paraglobulin die Bildung von Fasertoff befördert. In einem Peptonplasma, das durch Centrifugiren nicht leukocytenfrei erhalten werden kann, bewirkt schon Durchleiten von Co_2 allein Gerinnung, weil sich in einem solchen Zerfallsprodukte weißer Blutzellen befinden, unter deren Einfluss Gerinnung eintritt.

Verf. kommt zu dem Schlusse, »dass in dem Plasma nicht schon Fibrinogen sondern ein Stoff enthalten sei, aus dem es entstehen könne«. Löwit (Prag).

---

5. Pasteur et Thuillier. La vaccination du rouget des porcs à l'aide du virus mortel atténué de cette maladie.

(Bull. de l'acad. de méd. 1883. No. 48. Sitzung vom 27. Nov.; desgl. Compt. rend. de l'acad. des scienc. 1883. No. 22.)

Die vorliegende Mittheilung P.'s, welche mit einem ehrenvollen Nachruf auf seinen im Dienste der Wissenschaft früh verstorbenen Schüler Th. beginnt, berichtet über die Ergebnisse von Versuchen, deren Bedeutung sie nahezu auf gleiche Stufe wie die der bekannten Milzbranduntersuchungen des berühmten französischen Biologen stellen.

Nachdem es Th. bereits im Monat März des Jahres 1882 — zu gleicher Zeit mit Detmers in Chicago, aber unabhängig von diesem — gelungen war, den Mikroben des Rothlaufs der Schweine in Gestalt kleiner Kokken, richtiger Diplokokken, im Blute und den Ausscheidungen der erkrankten Schweine aufzufinden (vgl. die hierauf bezüglichen Mittheilungen in den Decemberheften des Jahrg. 1882 der Comptes rendus) und auch die Reinkultur des Parasiten geglückt war, wurden auf P.'s Veranlassung sofort Abschwächungs- und Impfversuche instituirt. Zu dem Zweck begaben beide Forscher, P. und Th., sich im November des Jahres 1882, einer Aufforderung des Veterinärarztes Maucuer folgend, nach dem Kanton Bollène des Departements Vaucluse, woselbst der Rothlauf in jedem Jahre herrscht. Es wurde zunächst konstatirt, dass auch hier die Krankheit denselben Charakter darbot, wie an den ersten Studienorten Th.'s, im Departement Vienne, und namentlich wurde in gleicher Weise wie im folgenden Jahre 1883 bei den Epizootien in den Côtes-du-Nord, in der Charente, in der Dordogne und Gironde, stets der gleiche Mikroorganismus als das ursächliche Moment erkannt. Die Vaccination bietet gewisse Schwierigkeiten, welche auf der Verschiedenheit der Rassen und der durch sie bedingten differenten Receptivität seitens der Schweine für das Gift beruht. Nichtsdestoweniger ist es P. namentlich durch das bereitwillige Entgegenkommen einer ganzen Anzahl von Veterinärärzten aus den verschiedenen Departements gelungen, bereits positive Resultate zu erhalten, d. h. mit abgeschwächten Kulturen erfolgreich zu impfen und wirksame Vaccins darzustellen. In Vaucluse (Departement Bollène) und den umgebenden Dörfern, wo die Vaccinationen im November 1882 ausgeführt und die geimpften Thiere unter Aufsicht des Herrn Maucuer bis zum Sommer 1883, d. h. dem neuen Ausbruch der Epidemie gehalten wurden, war das Ergebnis ein so glänzendes, dass, trotzdem die Epidemie in diesem Jahre eine außergewöhnlich heftige war und zahlreiche Opfer forderte, kein einziges der geimpften Schweine fiel. Hieraus ist also zu folgern, dass die durch die Impfung erworbene Immunität ein Jahr anzudauern vermag, was für die Züchter in so fern von Bedeutung ist, als die Mästung der Thiere nie länger als ein Jahr währt. Trotzdem ermöglichen diese Versuche noch keine Generalisirung der Vaccination, da die Herstellung passender Vaccins für die verschiedenen Rassen weitere ausgedehnte Versuche erheischt.

Von besonderem und — man kann wohl sagen — wesentlichstem Interesse in der vorliegenden Mittheilung aber ist die Art, wie die Abschwächung der Rothlaufkokken erzielt und damit die Herstellung der wirksamen Vaccins bewirkt wurde. Um diese Procedur vollkommen zu verstehen, muss man mit den Anschauungen P.'s über die Biologie der pathogenen Mikroorganismen, welche von ihm in dieser Veröffentlichung nochmals in Kürze reproducirt werden, vertraut sein. Folgendermaßen lauten dieselben:

Die Krankheitsgifte (Virus) stellen keine Wesenheiten (entités morbides) dar, sie können verschiedene Formen und speciell physiologische Eigenschaften, je nach den Medien, in denen sie leben und sich vermehren, annehmen. Desshalb ist die Virulenz, trotzdem sie durch lebende mikroskopische Organismen bedingt ist, modificirbar; man kann sie abschwächen, steigern und jeder dieser Zustände kann in Form der Kultur fixirt werden. Wenn ein Mikrobe in ein und derselben Thierspecies längere Zeit vegetirt hat, d. h. wenn er verschiedentliche Male von einem Individuum derselben auf ein anderes übergegangen ist, ohne hierbei einem bemerkenswerthen äußeren Einfluss unterworfen gewesen zu sein, so ist die Virulenz dieses Parasiten gewissermaßen in einen fixen Zustand übergegangen und hat für die Individuen der betreffenden Rasse ihr Maximum erreicht. Aber bevor sie dieses Maximum erreicht, ist sie noch modificirbar. Um beispielsweise das Virusvaccin der Hühnercholera oder des Milzbrandes progressiv zu steigern und schließlich auf ein Maximum der Giftigkeit zu bringen, genügte es dasselbe zunächst jungen und allmählich immer älteren Thieren einzuimpfen.

Die Veränderlichkeit der hier in Rede stehenden niedersten Organismen befindet sich durchaus nicht im Widerspruch mit den Lebenseigenschaften der höheren Wesen, sowohl der Pflanzen wie der Thiere. Der einzige Unterschied besteht darin, dass während die letzteren oft eine erhebliche Zeit gebrauchen, bis sich die von den umgebenden Medien verursachten Änderungen ihrer Eigenschaften manifestiren, der analoge Effekt sich bei ersteren verhältnismäßig schnell vollzieht. Das kann nicht Wunder nehmen, da die Anzahl der Generationen, welche jede Einzelkultur eines Mikroorganismus allein innerhalb 24 Stunden durchmacht, eine enorme ist.

Wenn es sich nun bereits gezeigt hat, dass die abgeschwächten Krankheitsgifte beim Passiren einer Reihe von Individuen ein und derselben Rasse eine Steigerung ihrer Virulenz zu erfahren vermögen, wie dies soeben von dem Virus vaccin der Hühnercholera und des Milzbrandes angeführt wurde, so erhebt sich die Frage, ob nicht auch Modifikationen ähnlicher Art beim Übergange eines Virus von einer Rasse auf eine andere stattfinden können. Das Experiment spricht zu Gunsten einer solchen Möglichkeit. Bekannt ist, dass nach P.'s früheren Untersuchungen ausgewachsene Meerschweinchen gegen Impfungen mit dem Mikroben der Speichelseptikämie, welcher Kaninchen in kürzester Frist tödtet, sich refraktär verhalten. Dagegen wirkt, wie P. jetzt mittheilt, dieser Mikroorganismus auf junge, i. e. mehrere Stunden oder nur einige Tage alte Meerschweinchen ebenfalls giftig und vermag von diesen aus weiter übertragen, schließlich auch ältere Thiere derselben Rasse zu tödten. Was aber ganz besonders merkwürdig ist, das ist der Umstand, dass nachdem diese successive Zunahme der Giftigkeit im Meerschweinchenorganismus sich vollzogen hat, derselbe Mikrobe nunmehr auf Kaninchen weniger virulent wirkt. Impfun-

gen mit den dem Meerschweinchen entnommenen Virus erzeugen bei Kaninchen jetzt eine spontan heilbare Krankheit und machen sie für die Folge selbst immun gegen die sonst tödliche Wirkung der Inokulationen mit dem ursprünglichen, d. h. dem nicht durch den Meerschweinchenorganismus hindurchgeführten Mikroben. In diesem Resultat liegt zugleich die Andeutung, dass es für gewisse Krankheitsgifte noch eine andere Art der Abschwächungsmethode giebt, als die bisher durch Erwärmen der Kulturen etc. geübte.

Bald nach seiner Ankunft in Vaucluse, im November 1882, wurde P. auf den Umstand aufmerksam, dass die Kaninchen- und Taubenzucht in diesem Departement sehr daniederlag, weil der Bestand an diesen Thieren oft durch heftige Epizootien decimirt wird. Obwohl Niemand die letztere Thatsache mit dem Rothlauf der Schweine bisher in Verbindung gebracht hatte, wurden doch Experimente nach dieser Richtung hin angestellt, welche ergaben, dass Kaninchen sowohl wie Tauben am Rothlauf zu sterben vermögen. Es wurde versucht diese Beobachtung zur Herstellung von Vaccins im obigen Sinne nutzbar zu machen.

Impft man einer Taube in den Brustmuskel etwas von dem Gift des Schweinerothlaufs ein, so stirbt das Thier nach einigen Tagen unter den äußeren Erscheinungen der Hühnercholera. (Hier sei in Parenthesi bemerkt, dass der Mikrobe des Rothlaufs dem der Hühnercholera überhaupt außerordentlich ähnlich ist.) Nach wiederholten Impfungen von Thier auf Thier acclimatisirt sich der Rothlaufcoccus so an den Taubenorganismus, dass er das Maximum der Virulenz in demselben erreicht, was sich auch dadurch dokumentirt, dass die Tauben schneller nach den Impfungen sterben. Zugleich hat ihr Blut den Schweinen gegenüber einen so hohen Grad von Virulenz angenommen, wie ihn selbst die infektiösesten Produkte eines am Rothlauf spontan gestorbenen Schweines nicht besitzen. **Durchaus anders dagegen wirkt die Hindurchführung des Rothlaufmikroben durch den Kaninchenkörper.** Auch diese Thiere werden nach den Impfungen meist krank und verenden sehr oft in Folge derselben. Hat man eine Zeit lang von Kaninchen auf Kaninchen übertragen, so tritt auch hier Acclimatisation des Virus ein und es sterben jetzt sämmtliche Thiere in kürzerer Zeit. Dagegen tödtet das Blut der zuletzt geimpften Kaninchen bei seiner Übertragung Schweine nicht mehr, sondern verursacht nur eine Erkrankung, nach deren Heilung sie gegen das sonst tödliche Rothlaufvirus immun sind.

Auf diesen Thatsachen fußt die neue von P. eingeschlagene Methode der Abschwächung von Krankheitsgiften.

A. Fränkel (Berlin).

6. L. Lichtheim. Über pathogene Mukorineen und die durch sie erzeugten Mykosen des Kaninchens.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1883. Bd. VII. p.

Die vorliegende Abhandlung schließt sich an Untersuchungen des Verf. über pathogene Aspergillusarten an. L. hat zwei Arten von pathogenen Mukorineen gefunden, von denen es wahrscheinlich ist, dass sie bisher den Botanikern unbekannt gewesen sind. Damit ist aber noch nicht gesagt, dass es in Zukunft nicht mehr gelingen wird, noch neue pathogene Mukorineen zu finden. Verf. giebt eine sehr genaue, durch Abbildungen erläuterte botanische Beschreibung. Cohn, an welchen sich L. wandte, hat für beide Mukorarten die Namen Mucor rhizopodiformis und Mucor corymbifer vorgeschlagen. Der erstere Pilz ist am meisten verbreitet und leicht zu erhalten, wenn angefeuchtetes Weißbrot bei Körpertemperatur 24 Stunden lang aufbewahrt wird. Der zweiten Pilzart begegnete L. mehr zufällig als Verunreinigung auf einer Brotinfusgelatinekultur. Über die Methoden zur Gewinnung von Reinkulturen der genannten Mukorineen s. das Original.

Wird sporenhaltige Flüssigkeit Kaninchen in die Blutbahn injicirt, so gehen die Thiere je nach der Menge der Sporen in verschieden langen Zeiträumen zu Grunde. War die Flüssigkeit an Sporen reich, so erfolgt der Tod binnen 48—72 Stunden, durch geringe Mengen kann man den Tod bis auf 14 Tage aufhalten. Die gewählte Thierspecies ist nicht gleichgültig, denn Mucor corymbifer ist für den Hund in jeder beliebigen Menge unschädlich, und auch für den Menschen bleibt fraglich, ob die beiden Mukorineen pathogene Bedeutung besitzen.

Bei Kaninchen bleiben die Krankheitserscheinungen im Princip die gleichen, mag man den einen oder den anderen Mukor injicirt haben. Das Symptomenbild weicht wesentlich von demjenigen der Aspergillusinvasion ab. Die konstanten Gleichgewichtsstörungen bei letzterer, als deren Grund Pilzwucherungen im häutigen Labyrinth erkannt wurden, fehlen allemal und auch die Reihenfolge der nach einander ergriffenen Organe ist eine wesentlich andere. Am frühesten und schwersten erkranken die Nieren, dann kommen die Peyer'schen Plaques, Mesenterialdrüsen, Milz, Knochenmark und Leber an die Reihe. Ausnahmsweise kommen auch im Zwerchfell Pilzherde vor. Alle übrigen Organe bleiben von Pilzinvasion verschont. Der Harn wird blutig und eiweißhaltig. Bei vorgeschrittener Erkrankung sind die Nieren stark vergrößert; Nierenkapsel verdickt; die Nierenoberfläche hämorrhagisch, mit zahlreichen, gelben, leicht prominenten Herden bedeckt; auf dem Durchschnitte ist die Grenze zwischen Rinde und Mark verwischt; in ersterer ähnliche Herde wie auf der Nierenoberfläche, im letzteren radiär verlaufende, nach der Papillenspitze konvergirende graugelbe Streifen. Auf der Schleimhaut des Nierenbeckens und zum Theil auch der Ureteren eine gleich den be-

schriebenen Nierenherden aus Pilzen zusammengesetzte Pseudomembran. Ödem des paranephritischen Bindegewebes. Mikroskopische Untersuchung der Nieren ergiebt, dass die Pilze zunächst in Glomeruli und andere Blutgefäße hineingerathen und dann von hier aus in die Harnkanälchen und in das Nierenbecken Sprossen treiben. Die interstitiellen Lymphspalten der Nieren sind ödematös erweitert und enthalten stellenweise Lymphkörperchen. An den Epithelien der gewundenen Harnkanälchen bemerkt man Zerfall und Kernschwund. An den Pilzherden der Nierenrinde findet man Schwund der Kerne in den Kapillarschlingen der Glomeruli und hyaline Quellung ihrer Wand. In der Nähe der mit Pilzfäden erfüllten Harnkanälchen der Rinde lebhafte Infiltration des interstitiellen Bindegewebes mit Rundzellen. Zerfall der Epithelien in den Harnkanälchen des Nierenmarkes, so weit selbige Pilze enthalten. Letztere von der Wand der Harnkanälchen durch Eiterkörperchen getrennt. In der Nähe der Pilzherde sowohl in Rinde wie Mark Büschel feiner Nadeln, wahrscheinlich Tyrosin. Über Detailveränderungen der übrigen vorhin genannten Organe s. das Original. Gleiches gilt von den Vergleichen, welche Verf. zwischen der Invasion von Schimmelpilzen und von Schizomyceten zieht. **Eichhorst** (Göttingen).

---

7. **Augusto Murri.** Sulla genesi del fenomeno di Cheyne-Stokes.

(Casa editrice Vallardi 1883.)

Verf. bespricht die über die Entstehung des Cheyne-Stokes'schen Phänomens aufgestellten Theorien.

1) Die Theorie von Traube, die sich auf die Variation der Reize gründet; es besteht beim Cheyne-Stokes'schen Phänomen eine Abnahme der Erregbarkeit des respiratorischen Centrums; die normale Pause genügt desshalb nicht, damit sich die zur Erregung nothwendige Quantität Kohlensäure anhäuft, daher die Verlängerung der Pause, die Apnoe, auf welche die Periode der Dyspnoe folgt.

2) Die Theorie von Luciani, die im Gegensatz zur Traubeschen das Phänomen aus dem periodischen Variiren der Erregbarkeit des Respirationscentrums erklärt.

3) Die Theorie von Fano, nach welcher das Respirationscentrum durchaus automatischer Natur ist und nur so lang es nicht deprimirt ist durch die Einwirkung von Reizen in seiner Thätigkeit modificirt werden kann, während es im Depressionszustand durch keinen Reiz mehr erregt wird und somit im Cheyne-Stokes'schen Phänomen seine eigenste automatische Natur zum Ausdruck bringt.

M. weist an der Hand der experimentellen Arbeiten der verschiedenen Autoren nach, dass die zwei letzteren Theorien unhaltbar sind, und dass am meisten noch die Traube'sche der Kritik Stand hält, obwohl auch sie nicht in vollständigem Einklang mit den klinischen Thatsachen steht und auch keine Erklärung für das allmäh-

liche Ansteigen der Athmungskurve bis zu den forcirten Inspirationen giebt.

Ausgehend von der Traube'schen Auffassung vom Variiren der Reize giebt M. folgende eigene Theorie: Das Respirationscentrum wird durch verschiedene Centren von verschiedener Sensibilität gebildet. Eins dieser Centren, das am leichtesten erregbare, tritt in Aktion unter den gewöhnlichen Bedingungen, zu seiner Erregung genügt eine geringe Überladung des Blutes mit Kohlensäure. Ist aber dieses Centrum deprimirt, so müssen die anderen weniger erregbaren Centren in Aktion treten, und dazu ist eine stärkere Überladung des Blutes mit Kohlensäure nothwendig, mithin eine längere Respirationspause, und so entsteht das Cheyne-Stokes'sche Phänomen. (Diese Theorie vermag wohl die Verlängerung der Athmungspause, aber nicht ausreichend das steile Ansteigen der Athmungskurve zu erklären. Die Ansicht von Filehne [nach welcher der in der Respirationspause eintretende Sauerstoffmangel des Gehirns durch Reizung des vasomotorischen Centrums die Gefäße der Medulla oblongata zur Kontraktion bringt und so durch Anämie die Reihe der dyspnoetischen Athemzüge hervorruft, bis durch reichlichere Sauerstoffzufuhr die Gefäßkontraktion gelöst und durch das Einströmen von arteriellem Blut in die Medulla oblongata die Athmungspause bedingt wird] scheint Verf. nicht zu kennen. Ref.) **E. Kurz** (Florenz).

---

8. **R. Ultzmann.** Über Pyurie und ihre Behandlung.

(Wiener Klinik 1883. Hft. 1 u. 2. 60 S. mit 10 Abbildungen.)

Verf. hat sich zunächst die Aufgabe gestellt, alle diejenigen »Behelfe anzugeben, welche zu einer speciellen Diagnose des pyurisch erkrankten Theiles im Harnapparate führen«. Das, was dem Leser geboten wird, ist im Wesentlichen eine specielle Pathologie und Therapie der Urethritis, Cystitis, Pyelitis und Pyelonephritis unter allerdings eigenartiger Anordnung des Stoffs (s. u.). Es kann darüber gestritten werden, ob es zweckmäßig sei, den Terminus Pyurie d. i. ein Symptom zur Zeit bekannter und wohlcharakterisirter Grundkrankheiten statt des Sammelbegriffs »Katarrh« oder »Eiterzellenbildungsprocess der harnleitenden Apparate« als Titel zu wählen; doch ist das eine Frage von sekundärer Wichtigkeit gegenüber dem thatsächlichen Inhalt der vorliegenden Lehrvorträge.

Dieselben werden eingeleitet durch einige praktische Vorbemerkungen über den Eiter und den Nachweis desselben im Harn auf mikroskopischem und chemischem Wege. Rücksichtlich der Specialeintheilung der pyurischen Processe sondert der Autor streng vier Gruppen: 1) die Eiterung aus der Harnröhre bis zum M. compressor urethrae (Urethritis), 2) die Eiterung aus dem Blasenhalse oder der Pars prostatica urethrae, 3) die Eiterung aus der Blase (Cystitis) und 4) die Eiterung aus dem Nierenbecken und der Niere selbst (Pyelitis

und Pyelonephritis). Eine unverkennbar reiche praktische Erfahrung bildet die Basis der durch eine Anzahl mikroskopischer Abbildungen wirksam unterstützten Darstellung. Allenthalben hat Verf. dem Bedürfnisse des Praktikers in Bezug auf die Differenzirung der Diagnose zu genügen getrachtet; dass er in die letztere vielfach Bemerkungen über Ätiologie, pathologische Anatomie, Komplikationen und Prognose ohne recht ersichtliche Disposition eingestreut, mag seine Entschuldigung in der ganzen Anlage des Elaborats, speciell in dem offenbaren Bestreben finden, an Stelle der gangbaren Paragrapheneintheilung die gefälligere Form des fortlaufenden Vortrags zu bieten. Immerhin lässt bei aller fasslichen Darstellung der Stil mehrfach eine sorgliche Behandlung vermissen.

Wie schon erwähnt, sondert U. im Gegensatz zur landläufigen Auffassung die Eiterung aus der Harnröhre bis zum M. compressor urethrae (derselbe ist, was Verf. unerwähnt lässt, offenbar identisch mit dem Compressor urethrae Guthrie plus dem Constrictor isthmi urethrae Müller und im Bereich der Pars membranacea zwischen den Ramis ischiopubicis in zwei, die Harnröhre in ihre Mitte nehmenden Bündeln ausgespannt) von derjenigen aus der Pars prostatica urethrae streng ab, die letztere als Blasenhalskatarrh bezeichnend, in so fern das zwischen dem Compressor urethrae und dem inneren Blasensphincter gelegene Gebiet entgegen dem Sprachgebrauch den Begriff »Blasenhals« ausmacht. Weil nun dem ersteren Schließmuskel ein bedeutendes, dem letzteren ein sehr geringes Widerstandsvermögen zukomme, gelange das in der hinteren Harnröhre sich ansammelnde katarrhalische Sekret nicht in die vordere Harnröhre, sondern wähle den leichteren Weg in die Blase, nicht als Ausfluss sich kundgebend sondern den Harn in der Blase trübend. Das Auftreten von Harndrang endlich sei an das Überschreiten der Grenze des Compressor urethrae seitens der Entzündung gebunden.

In wie weit sich diese, in ihrer Exklusivität allerdings neue Theorie mit den physiologischen und klinischen Thatsachen in Konkordanz bringen lässt, ist bei dem Mangel von eigentlichen Beweisen noch gar nicht abzusehen. Ref., welcher der Ansicht ist, dass die Mehrzahl der ohne Tenesmus einhergehenden subakuten und chronischen Urethriten auf einer Entzündung auch der hinteren Harnröhre beruht, und dem Sphincter internus, zumal nach den klinischen und experimentellen Beobachtungen von Dittel und Stricker (Pitha-Billroth's Handbuch III, 2, Bd. VIII, p. 216 ff.), doch etwas mehr Schlusskraft zutraut als U., begnügt sich hier nur auf einige wenige Punkte eigener Erfahrung hinzuweisen: Von der chronischen Entzündung der Pars prostatica urethrae gelieferte Tripperfäden sind in den ersten Harnspritzern, nicht in dem großen Inhalt der Blase zu finden; Prostatorrhoe und Spermatorrhoe dokumentiren sich auch ohne konkurrirende Erektion als richtige Harnröhrenausflüsse: es existirt ein mehr oder weniger kontinuirlicher Samenfluss, der die Spermatozoen nicht in die Blase abführt; bei Druck auf die

Prostata vom Mastdarm her erscheint das Drüsensekret zumeist als Urethralausfluss. Endlich ist es höchst unwahrscheinlich, dass beim akuten Tripper die Gonokokken sich in ihrer propagatorischen Thätigkeit im Bereich der Harnröhre gerade durch den M. compressor beirren lassen sollten, denn weder unmittelbar vor noch hinter dieser Grenze zeigt die Mucosa Sonderheiten.

Dass Urethritis durch Onanie allein entstehen könne, vermag Ref. nicht zuzugeben.

Im Kapitel »Blasenkatarrh« bildet die kritische Behandlung der Ätiologie, insbesondere die Betonung der Rolle, welche die Krankheit als Folgeerscheinung einer latenten Gonorrhoe spielt, einen wohlthätigen Gegensatz zu der bis in die neueste Zeit sich konservirenden Vertrauensseligkeit, mit welcher der Erkältung die große Reihe derjenigen Formen zur Last gelegt wird, bei welcher die Ursache nicht gleich auf der Hand liegt. Für das Zustandekommen der ammoniakalischen Harngährung hält Verf. noch an der Annahme eines Fermentes fest, welches von der entzündeten Blasenschleimhaut (wahrscheinlich den Schleimdrüsen) selbst geliefert wird. Die Differenzirung gegen den Blasenhalskatarrh spricht sich darin aus, dass »gewöhnlich« (? Ref.) gleichzeitige ammoniakalische Harngährung vorhanden ist, das Schmerzgefühl der Pat. sich mehr oberhalb der Symphyse im Blasenkörper selbst koncentrirt und bei dem zweigetheilten Harnen die erste Hälfte genau so intensiv getrübt erscheint, als die zweite.

Mit der Abhandlung der Pyelitis und Pyelonephritis wird eine kurze Skizzirung der Para- oder Perinephritis verquickt. Für die Pyelitis tuberculosa ist der Tuberkelbacillen eben so wenig gedacht, wie jener der Gonokokken für den Tripper. Geradezu befremdend wirkt der an anderer Stelle (p. 39) ausgesprochene Zweifel des Verf. an der Specifität der letztgenannten Mikroparasiten: »Wenn es sich bewahrheiten sollte, dass die Tripperinfektion ebenfalls auf einer Übertragung specifischer Mikroorganismen beruht« — solche Bedenken, vor einem halben Jahrzehnt allenfalls gestattet, verbietet das Jahr 1883 unbedingt.

Die Therapie der Pyurie macht, 24 Seiten füllend, offenbar den besten Theil der Arbeit aus. »Die interne medikamentöse Behandlung des Trippers hat keinen großen Werth. Wenn die Copaiva, die Cubeben etc. dadurch so wohlthätig auf die erkrankte Harnröhrenschleimhaut wirken, dass sie zum Theil wieder mit dem Harn ausgeschieden werden, warum wählt man nicht den kürzesten Weg, und bringt nicht gleich diese Medikamente lieber in Form der Injektion in sofortige direkte Berührung mit der erkrankten Harnröhrenschleimhaut?« Gewiss eine gleich einfache wie beherzigenswerthe Deduktion, der leider einzelne rebellische Fälle entgegenstehen, in welchen die Wirkung der inneren Darreichung der Balsamica durch die Injektionen mit diesen in praxi nicht erreicht wird. Für die Einspritzungen will U. nur die klaren Lösungen verwandt wissen. Der Nachtheil der Schüttelmixturen, dass das feine Pulver zuweilen die

Ausführungsgänge der Harnröhrendrüsen verstopfe und kleine follikuläre Abscesse verursache, ist Ref., welcher seit einer Reihe von Jahren gerade mit Vorliebe das nachhaltig wirkende schwefelsaure Blei als Emulsion verordnet, bei seiner tausendfältigen Erfahrung neu, jedenfalls noch nicht einmal deutlich geworden.

Für chronische Tripper, welche mit Verminderung des Harnröhrenlumens und Verlust der Elasticität der Wandung (»Strikturen weiten Kalibers« nach Otis) einhergehen, erscheint U. die gleichzeitige Lokalbehandlung mittels dicker Sonden als die Conditio sine qua non. Rücksichtlich der Anwendung der Medikamente in flüssiger, festweicher und fester Form beim Tripper, Blasenhals- und Blasenkatarrh werden praktische Vorschriften unter Abbildung eigener zum Theil recht sinnig konstruirter Instrumente (Pinselapparat, Irrigationskatheter, Harnröhreninjektor — fremder Verdienste ist wenig gedacht) gegeben. Ein Eingehen in die Details an dieser Stelle ist unstatthaft.

Fürbringer (Jena).

---

9. **Sidney Ringer** und **William Murrell.** On nitrite of sodium as a toxic agent.

(Lancet 1883. II. p. 766.)

Natriumnitrit ist neuerdings wiederholt gegen Epilepsie, Angina pectoris und andere Nervenkrankheiten empfohlen worden. Es ist in den angewandten Dosen eminent giftig und wenn bisher keine unangenehmen Erfahrungen damit gemacht wurden, so liegt das nur daran, dass das Präparat des Handels stark mit dem viel unschuldigeren Nitrat verunreinigt war. Neuerdings kommt aber fast reines Nitrit in den Handel und ist Vorsicht dringend geboten. Die Versuche an Thieren, welche die Verff. mittheilen, bestätigen vollkommen die Angaben von Binz u. A.

Gaben von 0,5 g in 32,0 Wasser gelöst, wurden 18 Erwachsenen gereicht. 17 davon refüsirten energisch eine zweite Dose zu nehmen, so unangenehme Effekte hatten sie von der ersten gehabt; Zittern, Collaps, Schwindel, Schweißausbruch, Kopfschmerz, Herzklopfen, Nausea u. A. wurden als Wirkung des Natriumnitrits angegeben. 16 Pat., welche nur die halbe Dose bekommen hatten, gaben ganz ähnliche Symptome an. 10 von ihnen waren nicht mehr dazu zu bringen, noch eine Gabe zu nehmen. Auch von 13 Pat., die nur 0,1 etwa bekommen hatten, erkrankten 4 an Stirnkopfschmerz und Schwindel. Wenn man also reines Natriumnitrit weiter verwenden will, muss man viel kleinere Dosen als bisher reichen.

[Gegen das therapeutische Vorgehen der Herren Ringer und Murrell wurden im Publikum und in der Presse bald nach Veröffentlichung der oben referirten Arbeit sehr tadelnde Stimmen laut, die schließlich zu einer Untersuchung der Angelegenheit durch die Ärzte und Vorstände des Westminster Hospitals, an dessen Poliklinik die Versuche angestellt wurden, führte. Ein von diesen Herren

niedergesetzter Ausschuss versandte dann unter dem 24. Nov. 1883 an die medicinische Presse den Bericht über das Ergebnis dieser Untersuchung, in dem die Art der Abfassung und Darstellung zwar getadelt wird, in dem es aber doch heißt: Es liegt nach sorgfältiger Abwägung aller Thatsachen kein Grund vor, dem Dr. Murrell das Vertrauen auf seine Geschicklichkeit und Humanität zu entziehen. Das Komité hofft, dass die unglückliche Weise, in der die Versuche dargestellt wurden, vergessen werden wird, während der Werth der Versuche erhalten bleibt. Ref.) **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

10. **A. H. Baines.** Über Natriumnitrit bei der Behandlung der Epilepsie und als Gift.

(Lancet 1883. II. p. 945.)

Verf. macht dieselbe Bemerkung über die eminente Giftigkeit des reinen Nitrites und die relative Ungefährlichkeit des mit Nitrat verfälschten Präparates wie Ringer und Murrell (s. o.).

Er hat in einem, mit dem reinen Salze behandelten Falle von Epilepsie zwar wesentliche Besserung, aber auch die unangenehmen von den genannten Autoren geschilderten Erscheinungen eintreten sehen. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **H. Oppenheim.** Weiterer Beitrag zur Polyurie.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1883. Bd. VI. p. 556.)

Die Beobachtung betrifft einen 30jährigen Mann, bei welchem sich die Polyurie an Epilepsie und psychischen Schwächezustand angeschlossen hatte. Der Pat. schied durchschnittlich 5—6 Liter Harns pro Tag aus, wobei die Wasserausscheidung durch den Urin hinter der Aufnahme durch Nahrung um $^1/_4$—$^1/_2$ Liter zurückblieb. Wurde dem Kranken die Flüssigkeitszufuhr bis auf ca. 2 Liter beschränkt, so war der Wasserverlust durch den Harn größer als die Wasseraufnahme. Die Stickstoffausscheidung entsprach dem in der Nahrung aufgenommenen Eiweiß. Dagegen war die Kochsalzausscheidung sehr hoch, 26 g pro die statt ca. 15,0, und es zeigte sich, dass der Kranke Bedürfnis zu gesteigertem Kochsalzgenuss empfand. Beschränkung in der Kochsalzeinfuhr änderte nichts an der Harnmenge, so dass die Polyurie unabhängig davon bestand. Nach den Krampfanfällen trat regelmäßig vermehrte Harnstoffausscheidung ein, was Verf. auf den mit Dyspnoe verbundenen Muskelkrampf zurückführt. **Eichhorst** (Göttingen).

12. **Bourneville** et **Dauge.** Nouveau cas d'hysterie chez l'homme.

(Progr. méd. 1883. No. 34.)

Ein komplicirter nach mehrfacher Richtung bemerkenswerther Fall, einen 17jährigen Handwerker, Sohn eines Potators, Bruder eines Schwachsinnigen betreffend. In seiner frühen Kindheit litt er vielfach an Alpdrücken, Epistaxis und Enurese. Vom 8.—12. Jahre häufige epileptiforme Anfälle, durchschnittlich 2—3 pro Woche, im Anschluss an den letzten derselben allgemeine mit Sistirung der Attacken einhergehende Paralyse, welche im Bereich der oberen Extremitäten plötzlich

schwindet, während die Paraplegie ganz allmählich heilt. Späterhin Wiederbeginn der Anfälle, Excesse in baccho et venere, vielfacher Wechsel des Gewerbes. Im 17. Jahre wiederholte, ziemlich kopiöse Hämatemesen. Die objektive Untersuchung in diesem Jahre ergiebt generelle Anästhesie, hysterogene Zonen. Die Anfälle selbst kommen vorwiegend des Nachts, bieten fast alle »klassischen« Symptome dar bei sehr ausgesprochener Phase der Delirien und exorbitanten an die »dämonischen« Paroxysmen der älteren Autoren erinnernden Kraftleistungen: der Kranke biegt eiserne Bett- und Treppengeländerstäbe zusammen, wirft ein eisernes Bett mit vollem Inhalt auf ein anderes etc. Erfolgreiche Behandlung der Anästhesie mit dem Magneten. Die Anfälle sistiren erst nach Jahresfrist. **Fürbringer** (Jena).

13. Dieudonné. Morve aiguë. Pyohémie; endocardite ulcéreuse. Mort; autopsie.

(Arch. méd. bélges 1883. Tome XXIV. p. 176.)

D. berichtet über folgende — nach unserem Dafürhalten nicht als akuter Rotz sichere — Beobachtung: Ein Soldat, welcher niemals mit Pferden zu thun gehabt hat, erkrankt unter Allgemeinerscheinungen und bald entdeckt man an ihm trockene rechtsseitige Pleuritis. Es stellen sich remittirendes Fieber und lebhafte Muskelschmerzen ein. Plötzlich kommt es an den unteren Extremitäten zur Entwicklung mehrerer Abscesse, denen bald kleinere über den Gesammtkörper folgen. Starker Meteorismus. Zuerst Ptosis links, dann auch rechts. Erysipel im Gesicht. Systolisches Geräusch über dem Herzen. Tod durch Kräfteverfall. Bei der Sektion fand sich außer recenter Endokarditis an den Mitralklappen vor Allem unzählige Abscessbildungen in den Muskeln. In Eiter und Blut Kokken.

Eichhorst (Göttingen).

14. Gouguenheim. Des indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngienne.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. No. 5.)

Die Tracheotomie wird im Verlauf der Larynxtuberkulose nur selten nothwendig, häufiger bei den chronischen, als bei akut verlaufenden Formen dieses Leidens, unter welch letzteren namentlich perichondritische zur Caries und Nekrose der Gießbeckenknorpel führende Processe plötzliche Erstickungsanfälle auslösen können, wenn nicht, was gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, der Tod vorher eintritt. Bei den chronischen Formen der Larynxphthise kommen die folgenden Zustände in Betracht:

1) Perichondritis des Ring- und Schildknorpels, 2) tuberkulöse Infiltration der Schleimhaut des Kehlkopfeinganges und der falschen Stimmbänder, 3) tuberkulöse Infiltration der wahren Stimmbänder und 4) Glottisschluss durch Unbeweglichkeit der in Phonationsstellung verharrenden Stimmbänder (Posticuslähmung), wie sie nach Kompression der Nn. recurrentes beobachtet wird.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

15. Gouguenheim. Aphonie nerveuse chez une tuberculeuse-écartement permanent des cordes vocales inférieures.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. No. 5.)

Bei der 30jährigen, seit einem Jahre kranken und seit einigen Wochen ziemlich plötzlich stimmlos gewordenen Pat. wurde laryngoskopisch ein weites Klaffen der Glottis konstatirt; die übrigens normalen Stimmbänder näherten sich auch bei stärkster Anstrengung nicht (ob sie sich bei tiefem Inspiriren von einander entfernten, darüber fehlen jegliche Angaben; die Begründung für die Auffassung von G., dass es sich um eine rein nervöse Aphonie gehandelt hat, steht auf recht schwachen Füßen. Ref.). **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

16. **Kirn.** Über Chloralpsychosen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 47.)

Akute und chronische Intoxikationen unter dem Gebrauch des Chloralhydrats sind in der Litteratur zur Genüge bekannt; Fälle jedoch, in denen durch chronischen Chloralabusus ausgebildete Psychosen in die Erscheinung traten, sind bisher nicht veröffentlicht worden. Der von K. beobachtete Fall ist folgender: 35jähriger Mann leidet seit 5 Jahren an Asthma, dessen Anfälle anfänglich alle 8—10 Tage auftraten; vor 3 Jahren wurde Chloralhydr. 6,0, Morph. muriat. 0,05 verordnet und in 8 Tagen ungefähr die Hälfte dieses Quantums verbraucht. Seit December 1882 traten die Anfälle täglich auf, Pat. lag andauernd zu Bette. Die auf Chloralhydr. 8,0, Morph. 0,06 verstärkte Mixtur wurde fast täglich völlig verbraucht, so dass sich Pat. zumeist in Chloralbetäubung befand. Im Laufe des vielmonatlichen Chloralabusus traten chronische Intoxikationserscheinungen auf, um derenwillen eine allmähliche Entziehungskur, jedoch ohne Erfolg, eingeleitet wurde. Die Zunahme der Erscheinungen machte aber eine vollkommene, plötzliche Entziehung des Chloralhydrats nöthig, während welcher nur kleine Morphiumdosen subkutan gegeben wurden.

Alsbald aber traten sehr lebhafte Gehörshallucinationen auf, sonderbarerweise aber nur bei Tage. Das Körpergewicht des Pat. war von 56 auf 36 kg gefallen; heftige Diarrhoen, Urindrang und ziehende Schmerzen in den unteren Extremitäten stellten sich ein. Dieser Zustand dauerte ca. 4 Wochen an, dann zeigte sich eine geringe Besserung, die jedoch von einer neuen Exacerbation gefolgt war. Allmählich erst fing Pat. an, an der Objektivität des Gehörten zu zweifeln, auch die übrigen Krankheitserscheinungen gingen allmählich zurück und das Körpergewicht hob sich. Das bisher ausgebliebene Asthma stellte sich nun mit früherer Intensität wieder ein.

Zur Erklärung dieser Psychose, welche viele Ähnlichkeiten mit den Alkoholpsychosen bietet, nimmt Verf. an, dass durch große Chloraldosen eine mehr oder weniger andauernde Gefäßlähmung im Centralnervensystem verursacht werde. In Folge davon wird die Cirkulation im Gehirn geschwächt, es entsteht venöse Stase, welche ihrerseits wieder arterielle Anämie und in weiterer Folge Ernährungsstörungen der Gehirnsubstanz hervorruft. Die Gefahr des Rückfalles scheinen die Chloralpsychosen mit den nach Morphium- und Alkoholgebrauch eintretenden gemein zu haben.

M. Cohn (Hamburg).

17. **P. Rossi.** Avvelenamento (Vergiftung) per forte dose di cloralio. Guarigione (Heilung).

(Gazz. d. osp. 1883. No. 81.)

Ein 25jähriger Mann nimmt innerhalb $^1/_4$ Stunde 28 g Chloralhydrat. R. sieht den Kranken 2 Stunden darauf vollkommen anästhetisch, mit erschlaffter Muskulatur, kongestionirtem Gesicht, stertoröser Respiration — 32 —, kleinem Puls — 112 in der Minute — und engen aber doch reaktionsfähigen Pupillen. Es gelingt R. durch mechanische Reizung des Rachens den Kranken zum Brechen zu bringen, wobei stark nach Chloral riechende Massen herausbefördert werden. Unter Anwendung starker Excitantien (28 Senfpflaster, Ätherinjektion, Klysma von 200 g Alkohol) erholt sich der Kranke allmählich und ist nach 1—2 Tagen wieder vollständig hergestellt. Diesen günstigen Erfolg glaubt R. besonders dem Umstande zu verdanken, dass das Chloral $^1/_2$ Stunde nach der Mahlzeit genommen war.

Kayser (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 5. **Sonnabend, den 2. Februar.** **1884.**

1. R. Klemensiewicz. Fundamental-Versuche über Transsudation. Ein Beitrag zur Pathologie des Blut- und Lymphstromes.

Graz 1883.

Vorliegende Monographie schließt sich eng an eine bereits vor längerer Zeit erschienene (in Gemeinschaft mit Glax unternommene) Publikation des Verf. an (Sitzungsber. der k. Akad. der Wissensch. in Wien 1881. Bd. LXXXIV). Die Untersuchung ist an einem künstlichen Kreislaufsapparate angestellt, dessen komplicirte Zusammensetzung in einem Referat nicht wiedergegeben werden kann (vgl. das Original). Das Princip desselben besteht im Wesentlichen darin, dass bei einer gleichmäßigen Strömung der durchgeleiteten Flüssigkeit (Wasser) die Transsudation (oder Filtration) derselben an einem an einer bestimmten Stelle eingeschalteten Darmstücke bei verschiedenen Druckwerthen beobachtet wird.

Nachdem Verf. bereits in seiner früheren Abhandlung nachzuweisen versucht hatte, dass in einem Gefäßsysteme, dessen normale vitale Eigenschaften in irgend einer Weise herabgesetzt wurden, zu-

nächst Änderungen in den Strömungsbedingungen des Blutes herbeigeführt werden, welche, so weit sie einfache Transsudationen im Kapillargebiete hervorrufen, auf Änderungen des Druckes und des Druckgefälles in den Kapillaren, kleinen Arterien und im Gebiete der Lymphbahn zurückzuführen sind, fasst er die Resultate der jetzigen Untersuchung folgendermaßen zusammen.

In einem Strömungsrohre (von der verwendeten Form) herrscht ein konstanter Flüssigkeitsstrom dann, wenn bei gleichbleibender Triebkraft die transsudirende Flüssigkeit frei abfließen kann. Kann sie gar nicht abfließen, dann sammelt sie sich um das Strömungsrohr unter hohem Drucke an, und der Flüssigkeitsstrom wird in diesem behindert oder auch ganz unterbrochen. Kann das Transsudat nicht in ausreichendem Maße abfließen, so sammelt sich wieder Transsudat um das Rohr unter hohem Drucke an und bringt ebenfalls eine Behinderung des Stromlaufes zu Stande. Die Ursache dieser Erscheinungen ist die Durchlässigkeit und Nachgiebigkeit eines Theiles des Strömungsrohres. Bezüglich der zahlreichen mathematischen Beweise für die oben aufgestellten Sätze, so wie bezüglich des in Anwendung gezogenen Apparates zur Verzeichnung der Druckverhältnisse in den verschiedenen Theilen des Strömungsrohres muss auf das Original verwiesen werden. Innerhalb des Organismus greifen die regulatorischen Mechanismen des vasomotorischen Apparates hemmend oder fördernd in die Vorgänge der Transsudation ein. Verf. verspricht in einer folgenden Abhandlung auf diese Verhältnisse einzugehen.

Löwit (Prag).

---

2. **P. Meyer.** Über einen Fall von tödlicher pemphygusartiger Dermatitis mit Veränderungen im Nervensystem.

(Virchow's Archiv Bd. XCIV. Hft. 2.)

Es handelt sich um einen 65jährigen, bis 3 Wochen vor seiner Aufnahme auf die Straßburger medicinische Klinik gesunden Mann, bei dem die oben bezeichnete Hautaffektion innerhalb 7 Wochen zum Exit. let. führte. Das Hautleiden, Anfangs den Charakter eines gewöhnlichen Ekzems darbietend, änderte diesen in der vierten Krankheitswoche in so fern, als um diese Zeit größere, unregelmäßig zerstreute Blasen an Rumpf und unteren Extremitäten auftraten, die Affektion also pemphigusartig wurde, womit Hand in Hand eine Verschlechterung des bis dahin guten Allgemeinbefindens ging; steigende Pulsfrequenz, abendliche Temperaturerhöhungen, ausbleibende Überhäutung des Bodens der Blasen machten es klar, dass eine maligne Pemphigusform vorlag. Die Haut zeigte schließlich die nur nach Verbrennungen höheren Grades auftretenden Veränderungen. Erkrankungen innerer Organe, speciell der Nieren, fehlten.

Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab kleinzellige, am reichlichsten um die Gefäße und gegen die Papillen hin vorhandene, nach unten rasch abnehmende Infiltration, kolbige Verdickung

der Papillen und Injektion ihrer Gefäße, stellenweises Fehlen der Papillen an den stärkst veränderten Hautpartien; an der Grenze der zelligen Infiltration zahlreiche, helle, wandungslose, nur mit dünnem Endothel bekleidete, mit geronnener Masse gefüllte Lücken (Lymphspalten); die kleineren Arterien durch Endoarteriitis fast oder ganz unwegsam, die entsprechenden Venenstämme dilatirt, Lymphzellenanhäufung in Lumen und Adventitia derselben; kleinere Gefäßstücke in den Papillen oder am Übergang zwischen Papillar- und tieferen Gefäßen mit hyalin degenerirten Wandungen; Haarfollikel und Schweißdrüsen nicht verändert. Bezüglich der übrigen Organe ist anzuführen, dass die mikroskopische Untersuchung nur an den Gefäßen der Lymphdrüsen stellenweise hyaline Degeneration erkennen ließ.

An kleinen subkutanen Nerven vom Vorderarm fanden sich frischere und ältere Stadien der sogenannten parenchymatösen Degeneration; analoge Befunde (Zerklüftung des Marks oder beginnende Körnchenzellenbildung) ergaben sich auch an allen anderen Hautnerven der verschiedensten Körperregionen, wohingegen Muskelnerven und Sympathicus normal erschienen. Im Rückenmark allenthalben Verdickung des interstitiellen Gewebes, stellenweise förmliche Züge eines sich den mit stark sklerosirten Wandungen versehenen, in ihrem Lumen beträchtlich verengten Blutgefäßen entlang ausbreitenden Bindegewebes, wodurch die Nerven entsprechend zum Schwund gebracht waren. Die erwähnte Veränderung findet sich in der ganzen Länge der Goll'schen Stränge, herdweise auch in den Burdach'schen und im unteren Dorsal- so wie oberen Lendenmark, auch in den Seitensträngen, Vorderstränge und graue Substanz intakt.

In der Epikrise geht M. zunächst auf eine Besprechung der die mikroskopischen Veränderungen des Hautorgans in diesem Falle von den bei gewöhnlichem Pemphigus konstatirten Befunden unterscheidenden Merkmale ein und erörtert nachher unter Berücksichtigung ähnlicher in der Litteratur vorhandener Fälle die zwischen dem erkrankten Nervensystem und der Affektion des Hautorgans event. bestehenden Beziehungen, um schließlich folgende, durch den anatomischen Befund an Haut- und Rückenmarksgefäßen gestützte hypothetische Erklärung zu geben. Er nimmt an, dass durch die beschriebene Gefäßveränderung Ernährungsstörungen eingeleitet wurden, welche im Rückenmark zu einer Sklerose des allmählich die Nervenröhren komprimirenden, interstitiellen Gewebes führten; inzwischen war die Ernährung der Haut durch die erwähnte Obliteration ihrer arteriellen Gefäße so weit beeinträchtigt, dass der nun durch die centrale Störung in ihr hervorgerufene krankhafte Process sehr rasch eine ungewöhnliche und für das Leben des Pat. bald verderbliche Intensität erreichte.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

3. Arloing, Cornevin et Thomas. Recherches expérimentales sur la maladie infectieuse appelée charbon symptomatique au bactérien.

(Revue de méd. 1883. No. 11. [Suite.])

In dieser zweiten Fortsetzung ihrer Arbeit versuchen die Verff. zunächst auf Grund weiterer Experimente eine befriedigende Erklärung der von ihnen beobachteten Thatsache, dass die Impfungen mit dem Virus des Rauschbrandes je nach dem Orte der Applikation und der angewandten Dosis ganz verschiedene Wirkungen geben, beizubringen. Sie hatten gefunden, dass direkte Einbringung geringer Giftmengen in das Gefäßsystem eine unschuldige Erkrankung der Thiere mit nachfolgender Immunität derselben erzeugt, während Einspritzung viel kleinerer Quantität in das Bindegewebe den Tod unter Auftreten schwerer lokaler Symptome zur Folge hat. Diese Differenz in der Wirkung kann nur so erklärt werden, dass im ersteren Falle entweder das dem Blutgefäßsystem einverleibte Virus alsbald untergeht, weil die Bedingungen für seine weitere Entwicklung daselbst ungünstigere sind als im Zellgewebe oder dass die Gefäßwände quasi als schützende Barrière einen Austritt desselben in das umgebende Bindegewebe und damit die Entwicklung sekundärer Tumoren, deren Erscheinen immer von tödlicher Vorbedeutung ist, verhindern.

Das Experiment entscheidet zu Gunsten der zweiten Möglichkeit, indem auch die Einführung einer nur mäßigen Giftmenge in die Blutbahn den Tod herbeiführt, wenn gleichzeitig oder kurze Zeit darauf den Thieren an irgend einer Stelle des Körpers eine mit Blutaustritt verbundene Verletzung zugefügt wird. Es entwickelt sich dann am letzteren Ort zugleich der charakteristische Tumor. Dass die Einspritzung sehr großer Quantitäten brandigen Muskelbreis in die Gefäße auch ohne Nebenverletzung unter Auftreten von Tumoren an verschiedenen Punkten des Körpers tödlich wirkt, erklären die Verff. damit, dass in diesem Falle entweder auf embolischem Wege oder durch zufällig bestehende Läsionen der Gefäßwand ein Austritt von Bacillen in das umliegende Gewebe statthat. Diese Auffassung, dass der Tod bei Impfung mit Rauschbrandvirus nur dann eintritt, wenn dasselbe Gelegenheit hat sich im Zellgewebe anzusiedeln und daselbst weiter zu entwickeln, eröffnet nun auch ein Verständnis für die verschiedenen Erscheinungsformen der Krankheit bei der Spontaninfektion. Gelangen die Mikroben bei letzterer durch irgend eine Hautverletzung direkt ins Bindegewebe, so wird die Krankheit stets unter dem Bilde des »charbon essentiel« mit Bildung eines Lokaltumors beginnen. Wird dagegen das Gift von den Lungen aus aufgenommen, was gleichbedeutend ist mit direkter Invasion ins Gefäßsystem, so resultiren zuerst schwere Allgemeinerscheinungen und erst später kommt es zum Auftreten von Tumoren an entfernten Körpertheilen.

Von besonderem Interesse sind die Angaben, welche die Verff. über die ihnen gelungene Reinkultivirung der Rauschbrandbacillen

machen. Nachdem sie sich zunächst durch Filtrationsversuche der von ihnen benutzten Impfstoffe davon überzeugt hatten, dass das in diesen enthaltene Virus ein corpusculäres und nicht etwa eine gelöste Substanz sei, versuchten sie unter Anwendung der üblichen Kautelen die Züchtung der Mikroben aus dem Blute und dem Muskelsafte der an Rauschbrand verstorbenen Thiere in Hühnerbouillon, Blutserum etc. Die anfänglich negativen Resultate wurden günstige, als die Kulturen unter Luftabschluss und mit Zusatz einer geringen Quantität von Glycerin und Eisensulfat angestellt wurden. In einer Reihe von zwölf auf einander folgenden Kulturen konstatirten sie hierbei in gleichmäßiger Weise das Auftreten feiner, an ihrem einen Pole mit einer glänzenden Spore versehenen Bacillen, deren Aussehen sie mit dem einer Gewürznelke vergleichen. Die Reinkulturen auf Meerschweinchen verimpft erzeugten bei diesen wiederum typischen Rauschbrand und zwar nahm ihre Virulenz in der Weise zu, dass, während bei Injektion der ersten Generationen der Tod nach ca. 20 Stunden erfolgte, er bei Applikation der zehnten schon nach 7 Stunden eintrat. Neben den sporentragenden Stäbchen finden sich in den Kulturen sowohl wie in dem Saft der Tumoren noch eigenthümlich glänzende Körper, welche, wie die direkte mikroskopische Beobachtung des Wachsthums der Bacillen auf dem heizbaren Objekttisch ergab, nichts weiter als frei gewordene Sporen sind. Eigenthümlich ist die Bemerkung, dass diese Sporen wenige Stunden vor dem Tode auch in dem Blute der Thiere auftreten, während beim Milzbrand bekanntlich bisher der Nachweis von Sporenbildung im Blute des lebenden Körper noch nicht gelungen ist.

Das Schlusskapitel des vorliegenden Arbeitsabschnittes handelt von dem Verhalten, welches die Rauschbrandbacillen gegenüber verschiedenen physikalischen und chemischen Einwirkungen außerhalb des Thierkörpers darbieten. Leider vermissen wir hier die für das Verständnis der zahlreichen Detailuntersuchungen so wesentliche Angabe, ob und in welchem Falle sporenfreies oder sporenhaltiges Material angewandt wurde. Die Verff. unterscheiden nur zwischen frischem und getrocknetem Gift. Unter letzterem ist das in dünner Schicht auf einen nicht porösen Körper ausgebreitete und bei 35° C. schnell lufttrocken gemachte Virus verstanden. Erst gegen Ende der Arbeit, nach Aufzählung der zur Prüfung gelangten verschiedensten physikalischen und chemischen Agentien und ihrer Wirkungsweise wird in Kürze die Angabe gemacht, dass auch das frische Material gewöhnlich sporenhaltige Fäden und freie Sporen enthielt. Dadurch wird aber die von den Verff. gefundene Thatsache, dass das getrocknete Virus, selbst nach seiner Befeuchtung oder vollends nach seiner Aufschwemmung in Wasser regelmäßig sich ihnen um Vieles resistenter erwiesen hat, als das frische, nur um so unverständlicher. Denn nach allen sonstigen Erfahrungen kann eine derartige Differenz doch nur auf der Erzeugung besonders widerstandsfähiger Dauerformen beruhen. Wir glauben daher den Leser, welcher sich ein Urtheil über den Werth der

erhaltenen Resultate bilden will, auf das Original verweisen zu müssen und führen hier nur als wesentlich interessirende Ergebnisse an, dass, während das frische Virus durch siedendes Wasser schon nach zwei Minuten getödtet wird, der gleiche Effekt bei dem getrockneten erst nach zwei Stunden eintritt, dass ferner die Gegenwart von Fäulnisbakterien oder anderer fermentative Eigenschaften besitzender Organismen eben so wenig die Wirksamkeit des Rauschbrandgiftes auf den Thierkörper beeinflusst, wie die Anwesenheit sonstiger pathogener Bakterien (z. B. der Milzbrandbacillen); dass endlich von chemischen Agentien reiner Alkohol, karbolsäurehaltiger Alkohol, kaustischer Kalk, Eisensulfat, Jodoform, Terpentin und Chlorzink gar keine Wirkung, selbst nicht auf frische Rauschbrandbacillen ausüben, während zu den energischsten Vernichtungsmitteln derselben das Sublimat (noch in Lösung von 1 : 5000), Lösungen von Argent. nitr. (1 : 1000), Salicylsäure (1 : 1000), wässrige Karbolsäure (1 : 200), Thymol und Eucalyptol (in Sol. von 1 : 800) und das Brom in Dampfform gehören. Die Unwirksamkeit alkoholischer Lösungen der Karbolsäure hat bekanntlich auch Koch an den Milzbrandbacillen demonstrirt.

A. Fraenkel (Berlin).

---

4. Paolo Pellacani. Zur Pharmakologie der Kamphergruppe.

(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883. Bd. XVII. p. 369.)

Abgesehen davon, dass vorliegende Arbeit die reichhaltige Litteratur über die Kamphergruppe zu wenig berücksichtigt hat, ist sie in mehreren Beziehungen von theoretischem und praktischem Interesse.

I. Über Kampherol. Unter Kampherol versteht man bekanntlich ein Spaltungsprodukt der nach Kampherfütterung sich im Harne findenden Kamphoglykuronsäure, welches beim Erwärmen der letztgenannten Säure in salzsaurer Lösung sich abspaltet und mittels Äther ausgeschüttelt werden kann. Da das Kampherol in Wasser löslich ist, so eignet es sich zu Thierversuchen besser als der Kampher selbst.

Bei Fröschen tritt bei der Kampherolvergiftung eine deutlich curareartige Wirkung ein; bei Warmblütern dagegen handelt es sich um eine Erregung des Rückenmarks und der Medulla oblongata, welche sich in Konvulsionen und periodischer Blutdruckssteigerung äußert. Wichtig ist, dass das unter dem Einflusse des Kampherols befindliche Herz durch Muscarin nicht in Stillstand versetzt wird, und dass der durch Muscarin am normalen Herzen erzeugte Stillstand durch Kampherol beseitigt wird. Man ersieht daraus, dass das Kampherol eine reizende Wirkung auf die Muskelsubstanz des Herzens ausübt. Dem entsprechend kommt das unter dem Einflusse von Muscarin und Kampherol stehende Herz zum Stillstand, wenn man die Reizung der Muskelsubstauz durch Apomorphin oder Kupfer in Wegfall bringt. Bekanntlich hat sich eine erregende Wirkung des Kamphers aufs Herz ebenfalls, aber nicht in demselben Grade nachweisen

lassen und verdient somit das Kampherol als Analepticum vor Kampher den Vorzug.

II. Über Borneol und Menthol. Beide Substanzen wirken nur quantitativ verschieden und zwar auf Frösche wie Kampher und Kampherol curareartig. Kaninchen verfallen nach Darreichung der genannten zwei Substanzen in mehr oder weniger vollständige Lähmung. Bei leichten Graden betrifft die letztere nur die willkürlichen Bewegungen; bei hohen Dosen werden auch die Empfindung und die Reflexthätigkeit aufgehoben, besonders durch Borneol. So kommt es, dass Thiere, welche unter der Einwirkung von Borneol stehen, eine sonst tödliche Dosis von Strychnin ganz gut vertragen. Das Menthol wirkt in kleinen Gaben anregend auf die Herzthätigkeit; eine Wirkung auf die Gefäße hat es nicht, während Borneol dieselben wenigstens in großen Dosen lähmt. Auf den Blutdruck wirken beide wie Kampherol. Im Harn erscheinen beide als gepaarte Glykuronsäuren, die sich beim Erwärmen mit verdünnten Säuren zersetzen. Aus der Borneolglykuronsäure lässt sich dabei ein krystallisirtes Spaltungsprodukt gewinnen.

III. Über Bromkampher. Dieser ist, was P. entgangen ist, schon von Richard Peters (Dissertation, Dorpat 1880) eingehend untersucht worden. Peters kam bei seinen Versuchen zu folgenden Resultaten:

1) Der Monobromkampher wirkt bei Säugethieren vorherrschend auf die Centralorgane Gehirn und Medulla, indem er Reizzustände derselben (Hallucinationen, inkoordinirte Bewegungen, Krämpfe) hervorruft.

2) Er setzt die Leistungsfähigkeit des Rückenmarks sowohl bei Warm- wie bei Kaltblütern herab. Bei letzteren sind die Erscheinungen viel ausgesprochener.

3) Er bedingt Anfangs Steigerung, später Sinken des Blutdruckes.

4) Er setzt die Temperatur der Warmblüter bedeutend herab.

Nach P. verhält sich der Bromkampher Fröschen gegenüber wie der gewöhnliche Kampher, nur dass die Wirkung schwächer ist. Von Warmblütern sind Hunde dem Mittel gegenüber viel empfindlicher als Kaninchen; im Übrigen aber ist die Wirkung bei beiden dieselbe und besteht in Krämpfen, Anfällen von Raserei, Speichelfluss und in Gefäßtetanus.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

5. **Laborde.** La quinidine, son action physiologique comparée avec celle de la quinine d'un coté, de la cinchonine et de la cinchonidine de l'autre.

(Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. 1883. No. 27. p. 475.)

Wenn man einem Meerschweinchen von 350—400 g Gewicht 20—25 cg schwefelsaures Chinidin einspritzt, so beobachtet man folgende Symptomenreihe: Nach einigen Minuten der Betäubung und

Unbeweglichkeit beginnt der Kopf zu zittern; dann wird das Thier plötzlich nach hintenüber geschleudert und verfällt in tonische Krämpfe, wobei namentlich der Kopf in Opisthotonus gehalten wird. Dann kommt eine Remission von wechselnder Dauer, während welcher das Thier stehen kann, aber in ganz ungeordnete und ataktische Bewegungen verfällt, sobald es sich bewegen will. Bald wiederholt sich der erste Anfall, es treten auch klonische Zuckungen auf, und in einem solchen Anfalle stirbt das Thier durch Respirationsstillstand, während das Herz noch weiter schlägt. 40—45 Minuten nach der Injektion tritt der Tod ein. Die Wirkung des Chinidin ist also sehr ähnlich der des Cinchonin und Cinchonidin, in erster Reihe »konvulsiv«. Von beiden letzteren wird es aber an »konvulsiver« Wirksamkeit bei Weitem übertroffen; es bildet den Übergang zum Chinin, dem es bedeutend näher steht als die beiden anderen Alkaloide der Chinarinde. **G. Kempner** (Berlin).

---

6. **V. Cervello.** La paraldéhyde comme antagoniste de la strychnine.

(Arch. ital. de biol. 1883. T. IV. p. 39.)

C. fand, dass mit Strychnin vergiftete Thiere selbst dann, wenn die Menge desselben die Dosis letalis um ein Vielfaches übertraf, durch Gaben von Paraldehyd gerettet wurden, die nicht tödlich wirken. Es wird nicht allein das Leben der vergifteten Thiere durch Paraldehyd gerettet, auch die Strychninkrämpfe kommen nicht zum Ausdruck.

Bei mit Strychnin vergifteten Thieren verläuft die Paraldehydnarkose gerade so wie bei normalen, die Athemfrequenz geht herab, eben so wirkt es auf die Temperatur, die Reflexe werden abgeschwächt.

Das Paraldehyd erweist sich wirksam bei Strychninvergiftung selbst dann, wenn es in so beschränktem Maße gegeben wird, dass es keine eigentliche Narkose herbeiführen kann.

Die Narkose verzögert sich in ihrem Eintritt, wenn das Strychnin vorher gegeben wurde eben so, wie wenn man beide, Strychnin und Paraldehyd, gleichzeitig giebt.

Die Steigerung des Blutdrucks, die der Strychninwirkung eigen ist, kommt nicht zu Stande, wenn Paraldehyd angewendet wird.

Bei Fröschen ist die Wirkung des Paraldehyds gegenüber der Stychninvergiftung eine vorübergehende. Das Strychnin wird sehr langsam aus dem Körper ausgeschieden, das Paraldehyd dagegen sehr schnell.

Vergiftet man Thiere mit tödlichen Dosen von Paraldehyd, so ist eine Rettung derselben durch Strychnin auch dann unmöglich, wenn die Gabe des Paraldehyds gerade nur an die Grenze der Dosis letalis streift. Die Paraldehydvergiftung geht ihren gewöhnlichen Gang fort, spinale Reflexe und Temperatur sinken stetig, die Respiration

hört auf. Ein doppelseitiger Antagonismus zwischen Paraldehyd und Strychnin besteht also nicht.

Die antagonistische Wirkung des Paraldehyds auf das Strychnin ist in dem Einfluss auf die Nervencentren begründet. Beide Gifte wirken so, dass das eine die Reflexerregbarkeit der grauen Substanz herabsetzt, das andere sie vermehrt. **Hugo Schulz** (Greifswald).

---

7. **Pierre Marie.** De l'aphasie.

(Revue de méd. 1883. No. 8.)

Da die Herausgabe der Vorlesungen Charcot's über diesen Gegenstand sich unerwartet verzögert, giebt M. ein kurzes Extrakt derselben, auf welches bei der Wichtigkeit des Gegenstandes kurz hingewiesen wird, ein eigentliches Referat dieses Referates ist natürlich nicht gut möglich. Indem Charcot den ganzen Sprachakt nach der psychischen Seite hin zerlegt, kommt er zu dem Schlusse, dass die Bildung des gesprochenen und geschriebenen Wortes in folgende einzelne Momente zerfällt:

1) Die Aufnahme sensorieller Eindrücke, centripetaler Akt	Hören Sehen.
2) Die Übertragung nach außen, centrifugaler Akt	Lesen Schreiben.
3) Die sekundäre Aufnahme der motorischen Akte	Gedächtnisvermögen der Sprachbewegungen. Gedächtnisvermögen der Schreibbewegungen.

Daraus resultirt nun

A. die Aphasie der Aufnahme ins Gehirn, die sensorielle Aphasie	Hören = Worttaubheit. Sehen = Wortblindheit.
B. Die Aphasie der Übertragung, die motorische Aphasie	Lesen = Alexie (Typus von Bouillaud-Broca). Schreiben = Agraphie.
C. Die Aphasie der sekundären Aufnahme ins Gehirn oder Aphasie der sensoriellen Bewegung	Verlust des Gedächtnisvermögens der Sprachbewegungen. Verlust des Gedächtnisvermögens der Schreibbewegungen.

Für A und B und die einzelnen Unterabtheilungen wird nun je ein Beispiel angeführt, nicht dagegen für C und deren Unterabtheilungen.

Überhaupt wird gerade diese Nummer, die doch gerade die eigentliche Erfindung von Charcot und nach Ansicht von M. das Hauptverdienst von Charcot in der Frage der Aphasie ist, in den Auseinandersetzungen von M. sehr stiefmütterlich bedacht, so dass über die Anschauungen von Charcot in diesem Punkte nicht recht ins Klare zu kommen ist.

Was nun schließlich die Frage der Lokalisation der verschiedenen Centren des komplicirten Sprachaktes anlangt, so findet Charcot Worttaubheit bei Affektion der ersten Schläfenwindung der linken Seite, Wortblindheit bei Affektion des unteren Scheitellappens der linken Seite, die Alexie (Typus von Bouillaud-Broca) bei Affektion des Fußes der dritten Stirnwindung der linken Seite, während schließlich Agraphie bei Affektion der linken mittleren Stirnwindung stattfinden soll (nach Exner). Diese in den einzelnen Fällen afficirten Gehirnregionen werden nun von der Arteria fossae Sylvii und deren Unterästen mit Blut versehen, und durch diesen Umstand werden die unreinen gemischten Fälle von Aphasie erklärt, die Charcot aphasies complexes nennt. Es ist nämlich bald dieser bald jener Ast der Arteria fossae Sylvii erkrankt und dadurch das eine und das andere Centrum gänzlich in Mitleidenschaft gezogen. Endlich können nun aber auch die einzelnen Centren für einander eintreten und ein anderes die Funktion des lädirten wenigstens bis zu einem gewissen Grade versehen. In Betreff der weiteren Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. **E. Stadelmann** (Königsberg).

---

8. **A. Raggi** und **Alpago-Novello.** I reflessi tendinei nei Pellagrosi.

(Rivista clinica 1883. Hft. 4 u. 5.)

Der von verschiedenen Autoren angenommene Zusammenhang zwischen Pellagra und Ergotismus veranlasste die Verff., ihr Augenmerk auf das Verhalten der Sehnenreflexe bei Pellagra zu richten, nachdem Siemens (Archiv für Psychiatrie und Nervenk. 1880) und Tuczek (ibid. 1882) auf das völlige Fehlen derselben bei Ergotismus (bei Intaktheit der Hautreflexe) hingewiesen hatten. Unter 36 Fällen von Pellagra fehlten die Patellarreflexe gänzlich 5mal, zeigten sich abgeschwächt in 8 Fällen. Unter diesen 13 Fällen befanden sich 8 im ersten Stadium der Erkrankung (im Ganzen kamen 14 Pellagröse in diesem Stadium zur Beobachtung), ein Fall betraf einen Kranken im zweiten Stadium, die vier übrigen Individuen befanden sich im dritten Stadium. Die Reflexe der Achillessehne, des Biceps und Triceps wurden nur in wenigen Fällen untersucht, fehlten aber in diesen gänzlich, so wie das Kniephänomen auch nur abgeschwächt war. Die Fälle, in denen das Kniephänomen gänzlich fehlte, betrafen sämmtlich Individuen, die durch die Krankheit in einen hochgradigen Zustand von Kachexie versetzt waren.

Freudenberg (Berlin).

---

9. **Gussenbauer.** Zur Kasuistik der Kehlkopfexstirpation.

(Prager med. Wochenschrift 1883. No. 31—34.)

Verf. berichtet über vier Fälle von Kehlkopfexstirpation; im ersten Falle handelte es sich um einen 24jährigen Mann, bei dem sowohl der laryngoskopische Be-

fund als die mikroskopische Untersuchung eines per os excidirten Geschwulststückchens zur Diagnose eines Kehlkopfcarcinoms verleitete; fünf Wochen nach vorgenommener Exstirpation, nachdem die Operationswunde fast gänzlich geheilt war, traten bei dem Kranken Symptome einer Lungenphthise hinzu, welcher derselbe nach vier Wochen erlag; die mikroskopische Untersuchung des gehärteten Präparates ergab, dass es sich um eine ausgebreitete infiltrirte Kehlkopftuberkulose handelte.

Der zweite Fall betrifft einen 48jährigen Reitschuldirektor, der sich bereits in seinem 18. Lebensjahre wegen mit häufigem Räuspern verbundenem Halsschmerz einer laryngoskopischen Untersuchung unterzog, durch welche ein linsengroßes Knötchen am rechten wahren Stimmband konstatirt wurde; 20 Jahre später tritt Heiserkeit, und bald vollständige Aphonie ein, und man findet nun an Stelle des Knötchens eine polypöse Neubildung, welche innerhalb drei Jahren wegen wiederholter Recidive wiederholt entfernt wurde; es gesellen sich nun immer wachsende Athembeschwerden hinzu, und als Verf. den Kranken ein Jahr später untersuchte, konstatirte er ein den größten Theil des Kehlkopfinnern ausfüllendes Carcinom; erst nach weiteren drei Jahren, nachdem die laryngoadenitischen Erscheinungen zugenommen hatten, und wiederholt asphyktische Anfälle so wie Schlingbeschwerden aufgetreten waren, konnte sich der Kranke zur Operation entschließen. 80 Tage nach der Exstirpation verließ der Kranke mit vernarbter Wunde gut genährt die Klinik, konnte nach einiger Zeit seine Funktion als Reitschuldirektor wieder aufnehmen, und dieselbe bis gegenwärtig (2 Jahre 2 Monate nach der Operation) ungestört fortsetzen. Der Kranke ist gegenwärtig im Stande mit Hilfe des vom Verf. konstruirten Kehlkopfs mit deutlicher und weithin vernehmbarer Stimme zu sprechen, er ertheilt viele Stunden am Tage Unterricht, und pflegt außerdem noch während 2—3 Stunden zu reiten. Nebstdem bildete sich durch das vom Verf. eingeleitete Verfahren bei der Nachbehandlung (s. Original) zwischen dem Eingang in den Ösophagus und dem in die Trachea führenden Narbenkanal eine Art Sporn aus dichtem Narbengewebe, der sowohl für die Deglutition, wie für den genauen Abschluss der benarbten Wunde durch den eingelegten künstlichen Kehlkopf von großem Vortheil sich erwies. Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung ergab ein typisches Epithelcarcinom.

3. Fall. Kehlkopfcarcinom bei einem 64jährigen Manne, der sein Leiden seit 1¼ Jahren datirt. Neun Monate nach der Exstirpation kein Recidiv.

4. Fall. Kehlkopfcarcinom bei einem 63jährigen Manne; 3jährige Dauer der Krankheitserscheinungen. Entlassung aus der Spitalspflege 6 Wochen nach der Operation; nach 6 Monaten andauerndes Wohlbefinden ohne Spur von Recidiv.

Aus den mitgetheilten Erfahrungen schließt Verf., dass die Exstirpation des Kehlkopfs, mit den nöthigen Kautelen ausgeführt, keineswegs eine so gefährliche Operation sei, als es nach der Mortalität in der bis jetzt vorliegenden statistischen Zusammenstellung zu urtheilen, scheinen könnte.

Auf die bemerkenswerthen vom Verf. in vorliegender Arbeit angeführten Details des operativen Verfahrens und der Nachbehandlung kann hier nicht näher eingegangen werden. **E. Schütz** (Prag).

---

10. Bohn (Königsberg). Zur Ätiologie des Ekzems im frühen Kindesalter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XX. Hft. 1.)

Für die Ätiologie der Kinderekzeme ist bisher fast ausschließlich die Skrofulose herangezogen worden und in der That muss man die-

selbe für zahlreiche Fälle verantwortlich machen. Für die so häufigen Gesichts- und Kopfekzeme aber der Säuglingsperiode und der angrenzenden Jahre ist dieses ätiologische Moment nach B. nicht zutreffend, da diese Ekzeme fast immer mit ihrem Gros in das erste Lebenshalbjahr fallen, also in eine Zeit, wo die Skrofulose noch sehr geringe Macht besitzt. Eben so wenig ist die Rachitis für die Ätiologie dieser Ekzeme zu verwerthen, da dieselbe kausal dem Ekzeme überhaupt fernsteht. Der ganze Habitus der betreffenden Säuglinge steht im grellen Widerspruche zu einer Konstitutionsanomalie, wie die Skrofulose resp. Rachitis, da dieselben meist vortrefflich genährt und von geradezu blühender Gesundheit sind. Nur eins pflegt selten bei diesen Kindern zu fehlen, nämlich ein starker Torpor intestinalis; die seltenen Darmausscheidungen sind geformt und hart, hellgelb oder gelblichweiß, ja mitunter ganz entfärbt. Diese kleinen Pat., bei denen das Ekzem bald als schwache Röthung der stets rauhen und spröden Haut, bald in papulo-vesikulöser resp. impetiginöser Form auftritt, bieten nach B. das legitime Bild der Fettsucht, der Polysarcia adiposa, dar und die hierbei nie fehlende Fettleber findet man sowohl auf dem Sektionstische als auch bei der klinischen Untersuchung dieser Kinder. Das Zusammenfallen der verschiedenen Grade von Fettsucht mit den oben beschriebenen Ekzemen ist aber kein zufälliges, sondern geht einander parallel. So lange die die Fettsucht bedingenden Momente vorhanden, ist auch das Ekzem in voller Entwicklung und erst am Ende des ersten resp. Beginne des zweiten Lebensjahres, wo der Übergang zur gemischten, mehr stickstoffhaltigen Nahrung erfolgt, schwindet unter Entfaltung größerer Muskelthätigkeit die Adipositât, die Fettleber und damit von selbst der so lange hartnäckig bestandene Ausschlag. Dieser soeben entwickelte ätiologische Gesichtspunkt der Fettsucht gestattet eine durchaus konsequente therapeutische Verwerthung. Man bezwingt die Ekzeme dieses Ursprunges nur, wenn es gelingt, die Ernährung vor zu reichlichem Fettansatze zu bewahren und die Darmfunktion dauernd zu regeln. In erster Reihe ist das Augenmerk des Arztes gegenüber den mit Fettsucht kombinirten Ekzemen auf das Nahrungsquantum zu richten, um, wenn hier Fehler begangen werden, das richtige Maß festzustellen. In zweiter Linie steht die Qualität der Nahrung. Ein Brust- resp. Ammenwechsel hat erst dann stattzufinden, wenn die Regelung der Nahrungsmenge zu keinem Ziele führt. Bei Brustnahrung ist es oft schwer zu beurtheilen, welcher Antheil der chemischen Konstitution die Fettbildung bedingt, bei Ernährung mit Kuhmilch resp. mehligen Surrogaten lässt sich dies leichter übersehen und ordnen. Hier müssen die Surrogate ganz wegfallen, oder in Beschaffenheit und Menge modificirt werden. Wo Fettsucht und Ekzem bei ausschließlicher Milchnahrung (Frauen- oder Thiermilch) bestehen, muss ein fest geordneter Wechsel zwischen Mahlzeiten aus Milch, Bouillon, Kakao, Hartenstein'scher Leguminose (Mischung I) oder dünnen Schleimsuppen stattfinden. Auch gehacktes oder fein geschabtes Fleisch erweist sich hier nütz-

lich. Neben der Ernährung erfordert der vorhandene Torpor intestinalis eine gleich aufmerksame Behandlung, da bei hinreichender Darmentleerung schon viele dieser Ekzeme heilen. Als evakuirende Mittel empfiehlt B. Wasserklystiere oder Syr. Rhamni cathartici. Ist die Diät der Säuglinge geordnet und ihre Darmfunktion geregelt, so genügt für die örtliche Behandlung ein Gemisch von Kalkwasser und Leinöl āā partes, eine 20 %ige Borsalbe, Unguentum plumbi, Unguentum Praecipitat. albi etc. etc. Von inneren Mitteln ist der Arsen am wirksamsten. Unterstützend wirken kalte Waschungen und Bäder, schädlich Salz-, Sool- und warme Bäder. Die große Neigung der Haut fettsüchtiger Kinder zu Ekzemen als Thatsache betrachtend, sieht B. in dem Verhalten der Darmfunktion, d. h. in den gestörten Ausscheidungen, ein den Ausbruch des Ekzems beförderndes Moment. Die Lokalisation dieser Ekzeme vorzüglich an der Kopf- und Gesichtshaut erklärt B. aus der lebhaften, arteriellen Fluxion, welche zu jener frühen Lebenszeit die mächtige Entwicklung des Schädels, seines Inhaltes und seiner Anhänge bedingt und unterhält.

Silbermann (Breslau).

---

11. **Bourneville, Bonnaire et Wuillamié.** Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'epilepsie, l'hystérie et l'idiotie.

Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1881. Paris 1882. 169 S. 7 Tafeln.)

Das vorliegende Buch stellt, wie bereits sein Titel lehrt, einen Jahresbericht dar. Mittheilungen ökonomischer Natur bilden eine Art von Einleitung, welcher dann eine zum Theil eben so eingehende wie interessante Kasuistik folgt. Wir müssen uns hier mit einigen wenigen Bemerkungen begnügen, da ein eingehendes Referat bei der Fülle des Materials nicht gut möglich ist.

Der erste Abschnitt des klinischen Theiles beschäftigt sich mit der Idiotie (p. 1—54). Anatomisch unterscheiden die Verff. Idiotieformen, welche abhängen von Hydrocephalie, Mikrocephalie, Hirnatrophie und Hirnhypertrophie, auch von diffuser chronischer Meningo-Encephalitis. Die vier ersten Formen werden durch sehr wichtige Beobachtungen illustrirt, die namentlich durch den anatomischen Befund wesentlich gewinnen. Die beigegebenen Abbildungen sind von tadelloser Deutlichkeit und Eleganz. Besonderes Interesse bieten die beiden Fälle von Mikrocephalie.

Der zweite Abschnitt (p. 55—66) bringt eine treffliche Beobachtung von schwerer Hystero-Epilepsie bei einem 13jährigen Knaben. Der Fall wird um so mehr die Aufmerksamkeit auf sich lenken, als man gerade in neuerer Zeit der Hysterie der Kinder größeres Augenmerk zuwendet.

Der dritte Abschnitt (p. 66—94) enthält einige interessante Beobachtungen über Epilepsie, die dritte gepaart mit Osteomalacie.

Der letzte Abschnitt (p. 95—169) endlich beschäftigt sich mit einer unter den epileptischen und idiotischen Kindern ausgebrochenen Masernepidemie, bei der es sich herausstellte, dass die akute Infektionskrankheit auf die Epilepsie einen günstigen Einfluss übe.

Eichhorst (Göttingen).

---

12. Drasche. Über die Verbreitung der Cholera durch leblose Träger.

(Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 42 u. 43.)

Die prägnantesten unter den mitgetheilten, aus der Choleraepidemie von 1873 stammenden Beobachtungen sind die in Folgendem resumirten:

Es kam zu einer Zeit, wo sich in ganz Wien nur sehr vereinzelte Choleraerkrankungen ereignet hatten, und diese fast ausschließlich in den öffentlichen Spitälern behandelt worden waren, in der von diesen ziemlich weit entfernten Dornbacher Waschanstalt, nachweisbar durch von gewissen Cholerakranken benutzte, der Zahl und der Beschaffenheit nach genau bekannte, keineswegs aus inficirten oder verseuchten Räumlichkeiten herstammende Wäsche schon in ein paar Stunden nach deren Anlangen an Ort und Stelle bei 3 Wäscherinnen nach kaum halbstündigem Hantiren am Waschtroge — also durch direkte Ansteckung von dessen Inhalte — die Krankheit plötzlich zum Ausbruch und blieb unter dem dortigen dichten Menschenkonglomerate nur auf diese 3 Individuen beschränkt. Auch erkrankte Niemand weder vom Spital- noch Waschpersonal, welches nur flüchtig und oberflächlich mit dem Abgeben und Abzählen, Auf- und Abladen der Cholerawäsche beschäftigt war, noch von den Wäscherinnen, welche dieselbe nach mehrtägigem Stehen in den Bottichen schließlich gereinigt hatten. Ob nun bei den angeführten 3 Erkrankungsfällen ein von Cholerakranken der Wäsche mitgetheilter Infektionsstoff direkt oder erst nach in derselben vorgegangener Veränderung krankmachend eingewirkt haben mag, muss dahingestellt bleiben. Hingegen ist ein bestimmter Bodeneinfluss hierbei wohl auszuschließen.

Strassmann (Leipzig).

Kasuistische Mittheilungen.

13. Delhougne. Über Anwendung und Wirkung des Naphthalin beim Wundverbande und bei Hautkrankheiten.

Inaug.-Diss., Bonn 1883, Juli.

D. berichtet über die günstigen Erfolge, welche im evangelischen Spital in Bonn (unter der Leitung Doutrelepont's) mit Naphthalin als Antisepticum erzielt wurden. Ganz besonders gute Dienste soll dasselbe bei Beingeschwüren leisten wegen seiner Eigenschaft, üppige und gesunde Granulationen hervorzurufen.

Bei lange fortgesetzter Anwendung größerer Mengen Naphthalin zeigte der Harn bisweilen eine dunkle Färbung, doch wurden niemals Intoxikationserscheinungen beobachtet. Einen schädlichen Einfluss auf die Nieren konnte man nur einmal konstatiren, bei einem Kinde trat Eiweiß im Harn auf. Wegen seiner geringen lokalen Reizung und dem Mangel an allgemeinen Intoxikationserscheinungen empfiehlt es D. sehr als Antisepticum. Aber auch bei einer Reihe von Hautkrankheiten wurden günstige Resultate erzielt.

In 220 Fällen von Skabies wurde Naphthalin in Salbenform (Naphth.-Vaseline āā) täglich 2mal eingerieben, wobei die Menge der bei einer Einreibung verwandten Salbe bis zu 100 g betrug. Recidive wurden selten beobachtet. (Der Vorzug der Billigkeit vor dem Perubalsam dürfte bei der großen Menge der verbrauchten Salbe eine Illusion sein.) Bei Herpes tonsurans und favus wurde (in 29 Fällen) mit einer Lösung von Naphth. 5,0 auf Ol. oliv. 100,0 prompte Heilung erzielt. Neben der täglich wiederholten Epilation mussten die erkrankten Stellen täglich 1—2mal mit diesem Öl eingerieben werden. Ein gleiches Resultat ergab sich bei der Behandlung der Sykosis. In 18 Fällen von Pruritus wurde wenigstens eine zeitweilige vollkommene Euphorie durch die Naphthalinbehandlung herbeigeführt.

Bei den verschiedensten Formen des Ekzem ergab die Behandlung mit Naphthalinsalbe sowohl als mit Naphthalinöl günstige Resultate.

Seifert (Würzburg).

14. **Paul Fabre.** Un cas de récidive de zona.

(Gaz. méd. 1883. No. 42.)

Bei einem Manne, der vor 16 Monaten einen Herpes Zoster lumbo-femoralis durchgemacht hat, beobachtet Verf. einen Herpes Zoster der linken Brusthälfte, was nach ihm ein sehr seltenes Vorkommen ist, da er ein Recidiv von Herpes Zoster unter 64 Fällen nur zweimal beobachtet hat. Der Fall ist dem Verf. außerdem noch interessant, weil der Pat. 8 Monate vor der ersten Herpeseruption eine leichte Apoplexia sanguinea, 10 Monate vor der zweiten Herpeseruption eine rechtsseitige Pneumonie überstanden hatte, weil schließlich nach der zweiten Eruption von Herpes Zoster eine große Zahl von Furunkeln mit ziemlich beträchtlicher Glykosurie auftrat. Allerdings war der Urin vorher nicht auf die Gegenwart von Zucker untersucht worden. **E. Stadelmann** (Königsberg).

15. **Ch. Féré.** Crampe fonctionnelle du cou.

(Rev. de méd. 1883. No. 10.)

Nach einer Darlegung der Schilderung, welche Jaccoud über die vorliegende Krankheit gemacht hat, geht F. zu seinen in Gemeinschaft mit Charcot beobachteten Fällen über.

Der erste Fall betrifft einen »funktionellen Krampf des rechten Sterno-cleidomastoideus«. Bei einem sehr kräftigen, vollkommen gesunden, von jeder hereditären Belastung freien Manne wurde vor 3 Jahren eine leichte Linksdrehung des Kopfes bemerkbar. Diese Linksdrehung nimmt immer mehr zu. Vor 8 Monaten eine plötzliche Verschlechterung. Damals trat im rechten Arme zuerst ein Gefühl von Taubheit auf. Im Schlafe hört die ganze Affektion auf, eben so wenn Pat. im Lehnstuhle sitzt, Kopf und rechten Arm gut aufstützt. Sobald aber der Kopf von der Unterlage aufgehoben wird, beginnen die Linksdrehungen desselben von Neuem. Bewegungen und besonders Anstrengungen verschlimmern die Affektion, welche derartig auftritt, dass der rechte Sterno-mastoides sich sonst ohne Erschütterung und fibrilläre Zuckungen kontrahirt, das Occiput gegen die rechte Schulter und etwas in die Höhe dreht. Wenn das Maximum der Kontraktion erlangt ist, bleibt der Kopf unbeweglich stehen. Nach einem Schlage auf den Kopf lässt die Kontraktion des Muskels sofort nach. Besteht der Krampf einige Minuten, so tritt das Gefühl von Absterben im rechten Arm auf und verschwindet mit dem ersteren. Die Sensibilität ist intakt, schmerzhaft ist der Krampf nicht. Der Sterno-cleido-mastoideus ist der einzige afficirte Muskel.

Der zweite Fall betrifft einen Krampf des Sterno-mastoideus und des Cucullaris. Ein mit Ausnahme wiederholten leichten Rheumatismus gesunder Mann fühlt plötzlich vor 5 Jahren lebhaftes Zucken im rechten Halse, das von da an fortbesteht. Der Kopf wird an die rechte Schulter und diese wieder an den Kopf gezogen Hin und wieder lassen die Bewegungen, die im Schlafe gänzlich aufhören, einmal für eine Woche etwas nach. Bei Anstrengungen nimmt der Krampf zu, eben so beim Gehen. Auch hier ist die Affektion lediglich auf die rechte Seite und die genannten Muskeln beschränkt. Eine Betheiligung der unteren Äste des Facialis ist nicht ganz sicher gestellt aber wahrscheinlich. Die Drehung des Kopfes nach links und das Heben der rechten Schulter erfolgen mit großer Gewalt, dabei sind die Krämpfe außerordentlich schmerzhaft und machen anhaltenden Morphiumgebrauch nothwendig. Sensibilität ist intakt. Verf. glaubt den obigen Affektionen den Namen von funktionellen Krämpfen gegenüber den Muskelzuckungen zuerkennen zu müssen. Über eine eingeleitete Therapie und deren Erfolge wird nichts gesagt, außer dass die in jenen Fällen von anderer Seite eingeleitete galvanische Behandlung erfolglos geblieben ist. **E. Stadelmann** (Königsberg).

16. **Maurice Letulle.** Note à propos d'un cas de bégaiement compliqué de tics coordonnés multiples etc.

(Gaz. méd. 1883. No. 45.)

Verf. hat die Mitbewegungen, welche ein Pat. während seines Stotterns ausführte, genauer studirt und unterscheidet: a) koordinirte unwillkürliche Mitbewegungen der Zunge und der Lippen, b) des Rumpfes, c) des linken Armes. Von der Ansicht ausgehend, dass sowohl das Stottern selbst als auch die koordinirten ausführlich geschilderten Mitbewegungen auf eine und dieselbe Ursache und zwar auf eine unbekannte circumscripte Affektion des Centralnervensystems zurückzuführen seien, hat Verf. bei seinen Pat. eine Allgemeinbehandlung eingeleitet, kalte Duschen und Bromkalium in täglichen Dosen von 3—4 g angeordnet. Nach 6monatlicher derartiger Behandlung will Verf. bei seinen Pat. eine nun schon drei Monate anhaltende bedeutende Besserung des ganzen Zustandes erzielt haben.

E. Stadelmann (Königsberg).

17. **F. Raymond et G. Artaud.** Note sur un cas d'Aphasie avec intégrité de la troisième circonvolution frontale gauche et lésion des faisceaux blancs sous-jacents.

(Gaz. méd. 1883. No. 47.)

Verff. bringen einen neuen kasuistischen Beitrag zu den zahlreichen Fällen, in welchen Aphasie bei Integrität der linken Insel und Affektion der darunter liegenden Partien der weißen Substanz bestand. In dem vorliegenden Falle fanden sich verschiedene Erweichungsherde, welche linksseitige Hemiplegie, rechtsseitige Hemiplegie und Lähmung der Zungenmuskulatur neben der Aphasie zur Folge hatten. Der Grund für die letzten 3 Erscheinungen war ein großer Erweichungsherd, der den Linsenkern und die Capsula interna einnahm, den Fuß der aufsteigenden Stirnwindung, der aufsteigenden Scheitelwindung und dritten Stirnwindung in Mitleidenschaft gezogen hatte. **E. Stadelmann** (Königsberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, **P. Ehrlich**, **D. Finkler**, **A. Fränkel**,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N°. 6. **Sonnabend, den 9. Februar.** **1884.**

(Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Riegel zu Gießen.)

Über die anthidrotische Wirkung des Agaricin.

Von

Dr. **Proebsting**, Assistent der Klinik.

In jüngster Zeit wurde von Engländern das Agaricin, der wirksame Bestandtheil des seit längerer Zeit absolet gewordenen Agaricus albus, als ein wirksames Mittel gegen profuse hektische Nachtschweiße empfohlen.

In Deutschland sind nur von Seifert[1] Beobachtungen über Agaricin aus der Würzburger Klinik veröffentlicht worden. Derselbe hat das Mittel bei 12 Phthisikern so wie in einem Fall von Hyperhidrose in Folge von Halssympathicuslähmung mit günstigem Erfolge angewandt. Weitere Mittheilungen sind bis jetzt nicht erfolgt; es mag darum angezeigt erscheinen, die an hiesiger Klinik mit Agaricin gemachten Erfahrungen in Kürze mitzutheilen.

[1] Seifert, Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 38.

Wir haben das Agaricin seit November 1882 angewandt und zwar nach Young's[2] Angaben in Pillenform und in Verbindung mit Pulvis Doveri, welches der genannte Autor zur Bekämpfung etwaiger übler Nebenwirkungen in Gaben von 0,06—0,12 g pro dosi zuzusetzen empfiehlt. Wir bezogen das Agaricin aus der chemischen Fabrik von Merck in Darmstadt und verabreichten es in Pillen nach der Formel:

Rp. Agaricin 0,5.
Pulv. Dover. 7,5.
Rad. Alth. Mucilag āā 4,0. Mf. pilul. N. 100.

In dieser Form haben wir das Agaricin bei den meisten unserer Phthisiker, so wie bei einer Anzahl anderer Kranken die an profusen Schweißen litten, in Anwendung gezogen; im Ganzen wurden mehrere hundert Einzeldosen gegeben.

Das Resultat unserer Beobachtungen lässt sich dahin zusammenfassen, dass bei den meisten Kranken schon nach einer Pille (= 0,005 Agaricin) der Schweiß ganz fortblieb oder doch wesentlich geringer wurde; in letzterem Falle hatten 2 Pillen den vollen Effekt. Nur bei einigen Kranken mit sehr profusen hektischen Nachtschweißen hatte auch 0,01 Agaricin keinen durchschlagenden Erfolg und bei 3 Pat. waren noch stärkere Dosen ohne jeden Einfluss auf die Hyperhidrose. Bei zwei dieser letzteren war auch Atropin (0,001) durchaus wirkungslos. Bei einer Reihe von Pat. wurde Atropin und Agaricin abwechselnd gegeben; es stellte sich dabei heraus, dass 0,01 Agaricin ungefähr so stark, wie 0,5 mg Atropin auf die Schweißabsonderung wirkt.

Im Gegensatz zu Seifert, der beobachtete, dass die Wirkung des Mittels stets erst mehrere Stunden nach der Einnahme eintrat, und der daher räth, das Mittel 5—6 Stunden vor dem Ausbruche des Schweißes geben zu lassen, bemerkten wir öfters eine sehr rasche Wirkung des Agaricin. So wurde beispielsweise ein Phthisiker bei der Morgenvisite in starkem Schweiße gefunden; zwei sofort verabreichte Pillen bewirkten bereits nach $^1/_2$ Stunde Aufhören des Schweißes.

Der gleiche prompte Erfolg konnte bei einem Pat. mit akuter Endokarditis, bei dem große Schweißtropfen auf der Brust standen, beobachtet werden; kurze Zeit nach Einnahme von 2 Pillen Agaricin war die Haut trocken.

Bei anderen Pat. besonders mit sehr profusen hektischen Nachtschweißen kam die volle Wirkung allerdings erst nach mehreren Stunden; es nahm die Schweißsekretion in diesen Fällen nur allmählich ab. Wiederholt konnten wir beobachten, dass bei Phthisikern der Schweiß auch ohne neuerliche Verabreichung des Medikaments für einige Tage fortblieb, nachdem dieselben mehrere Abende hinter einander Agaricinpillen genommen hatten. Stellte sich dann wieder Schweiß ein, so wurde er durch 0,005 Agaricin meistens wieder unterdrückt. Manchmal aber mussten wir, nachdem anfänglich der Schweiß

---

[2] Young, Glasg. med. journ. XVII. 1882. März.

durch eine Pille Agaricin aufgehoben war, später die doppelte Dosis nehmen, um das gleiche Resultat zu erzielen.

Auch wenn das Mittel längere Tage fortgegeben wurde, bemerkten wir keine üblen Nebenwirkungen seitens der Verdauungsorgane oder des Nervensystems. Überhaupt stellten sich unangenehme Nebenwirkungen bei unseren zahlreichen Versuchen nur zweimal ein; zuerst bei einem Potator mit Lebercirrhose, der nach einer Pille zwar weniger geschwitzt hatte, aber über Übelkeit und Kopfschmerz klagte; das andere Mal traten bei einem Phthisiker, der mehrere Tage abwechselnd Atropin (0,5 mg) und Agaricin (0,01) genommen hatte, Appetitlosigkeit und Aufstoßen ein, welche Beschwerden den geschwächten Kranken indess auch früher schon belästigt hatten.

Ob das Agaricin als solches, wie Young meint, bei Phthisikern auch gesunden Schlaf erzeugt und den Husten mildert, oder ob dieser Effekt, der öfters auch von unseren Kranken angegeben wurde, mehr auf das Aufhören des Schweißes und die Zugabe des Dover'schen Pulvers zu beziehen ist, lassen wir dahingestellt.

Im Ganzen können wir uns demnach dahin aussprechen, dass das Agaricin in Dosen von 0,005—0,01 in den meisten Fällen profuse Schweiße sicher unterdrückt, sowohl bei Phthise als bei anderen Krankheiten, dass es manchmal sehr rasch und prompt, in anderen Fällen aber mehr allmählich wirkt, dass die Wirkung öfters für einige Tage anhält, und dass üble Nebenwirkungen seitens des Nerven- oder Verdauungssystems auch bei längerer Anwendung nur ausnahmsweise beobachtet werden.

Das Agaricin bietet demnach einen guten Ersatz für Atropin; es ist eben so wirksam, aber auf die Dauer weniger nachtheilig wie dieses und verdient daher in unseren Arzneischatz aufgenommen zu werden.

---

1. F. Klug. Untersuchungen über den Herzstoß und das Cardiogramm.

(Archiv für Physiologie 1883. Hft. 4 u. 5. p. 394—404.)

Verf. untersuchte das Cardiogramm des bloßgelegten Froschherzens. Er konstatirt zunächst eine vollständige Übereinstimmung (! Ref.) der cardiographischen Kurve des Froschherzens mit den durch Marey, Landois u. A. bekannten Cardiogrammen von Säugethieren. Auch beim Frosch sind im aufsteigenden Schenkel eine, und im absteigenden zwei Zacken deutlich ausgesprochen. Die gegenseitige Lage dieser Zacken wechselt mit der Stelle, an welcher der Cardiograph (vgl. das Original) auf das Herz angesetzt wird. Die Zacke im aufsteigenden Schenkel wird in Übereinstimmung mit den bisherigen Angaben auf die Vorhofskontraktion zurückgeführt. Dagegen weicht Verf. von der gebräuchlichen Deutung der Herzstoßkurve in so fern ab, als er sich überzeugt zu haben glaubt, dass die Gipfelzacke nicht dem Ende der Ventrikelsystole entspricht, dass viel-

mehr die Systole noch eine Zeit lang anhält, nachdem der Schreiber bereits seinen höchsten Punkt in der Kurve erreicht hat. Da aber um diese Zeit bereits ein Theil des Blutes aus den Herzkammern herausgetreten ist, so sinkt der Schreibstift langsam ab, während der Ventrikel noch kontrahirt ist. Der letzte Akt der Ventrikelkontraktion, eine kräftige Zusammenziehung der Herzspitze (? Ref.), markirt sich in einer eigenen Zacke, worauf erst die Diastole beginnt, und der Schreibstift zur Abscisse absinkt. Dass die Zacken im Cardiogramm des Frosches nicht auf das Spiel der Herzklappen zurückzuführen sind, geht aus Kurven hervor, welche Verf. von blutleeren und von solchen Herzen abnahm, an denen sämmtliche Klappen zerstört waren. Durch die vollständige Gleichheit der Herzstoßkurven des Frosches mit denen der Säugethiere hält sich Verf. für berechtigt, die am Froschherzen gewonnene Deutung auch auf das Cardiogramm der Säugethiere zu übertragen. Er verwirft daher die bekannten Deutungen desselben von Marey und von Landois.

Löwit (Prag).

---

2. O. Minkowski. Über Spaltungen im Thierkörper.

(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883. Bd. XVII. p. 445.)

Nachdem in neuerer Zeit die Schmiedeberg'schen Ansichten über die Hippursäurespaltung im Organismus durch das Histozym von van de Velde und Stokvis angegriffen worden waren, hatte es ein gewisses Interesse die Histozymfrage einer neuen Untersuchung zu unterwerfen. M. zeigt in vorliegender Arbeit, dass die Versuche von van de Velde und Stokvis absolut nicht im Stande sind die von Schmiedeberg an Hunden gewonnenen Resultate zu widerlegen, weil jene Autoren nur an Kaninchen gearbeitet haben, bei denen nach der Nephrotomie selbst im Fieber nur Hippursäure gefunden wird, während bei Hunden die eingeführte Hippursäure nach der Nephrotomie theilweise als Benzoesäure wiedergefunden wird.

Das Histozym war von Schmiedeberg besonders reichlich in der Schweinsniere gefunden worden. M. machte nun an zerhackten Schweinsnieren, denen Antiseptica (Chinin, Thymol, Phenol) zugesetzt wurden, Versuche und fand, dass durch diese Zusätze die Hippursäurespaltung zwar ein wenig beeinträchtigt, durchaus aber nicht aufgehoben werden kann, während alle Fäulnisvorgänge durch diese Mittel unterdrückt werden. Gegen die Erklärung der Hippursäurespaltung durch Fäulnis sprach in diesen Versuchen auch noch der Umstand, dass die Abspaltung der Benzoesäure beim Beginn der Versuche energischer vor sich ging als im späteren Verlaufe. An der Existenz eines Hippursäure spaltenden Fermentes kann also nicht gezweifelt werden. Die Wirksamkeit desselben war wie die vieler Fermente bei Körpertemperatur am stärksten. Seine Vertheilung im Organismus des Schweines anlangend fand M., dass es am reichlichsten in der Niere, weniger reichlich in der Leber

und noch spärlicher im Blute und den Muskeln vorhanden ist. Im Organismus des Kaninchens und des Rindes ließ sich kein Histozym nachweisen, in dem des Hundes fand es sich nur in der Niere, obwohl es gewiss noch in anderen Organen dieser Thiergattung vorkommen muss und von Schmiedeberg in der That auch in der Leber gefunden wurde.

Obige Versuche waren alle mit Hilfe von Hippursäure gemacht. Bei analogen Versuchen mit Benzylamin fand sich, dass dessen Spaltung durch verschiedene Organe des Kaninchens und des Hundes bewerkstelligt werden kann, welche nicht alle im Stande sind Hippursäure zu spalten.

Amidosäuren scheinen durch das Histozym nicht zerlegt zu werden.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

3. **E. Harnack.** Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre.

Hamburg u. Leipzig, L. Voss, 1883. 883 S.

Das Lehrbuch von H. schließt sich an R. Buchheim's Arzneimittellehre an unter genauer Berücksichtigung dessen, was seit B. in der Arzneimittellehre Neues gefördert worden ist. In der äußeren Form ist die von B. seiner Zeit benutzte Eintheilung beibehalten, jedoch auch diese nur in so weit, als es dem heutigen Stande unseres Wissens entspricht.

In dem ersten, allgemeinen Theile seines Buches bringt H. eine Übersicht über die Wirkung der Arzneimittel, deren Zusammensetzung und die Veränderungen, welche sie im Organismus erleiden. Daran schließen sich die Konsequenzen, welche für den Organismus aus der Wirkung eines Arzneimittels entspringen. In dem Abschnitt: »Veränderungen des Organismus durch die Arzneimittel« spricht H. einen Satz aus, der bei unserer modernen Tendenz: rasch arbeiten und möglichst etwas Neues bringen, alle Beachtung verdient. Auf p. 26 heißt es nämlich: »Daher ist es für jetzt viel weniger wichtig, neue Arzneimittel aufzufinden, als vielmehr die bereits gebräuchlichen genauer kennen zu lernen.«

Auf eine gedrängte Übersicht der allgemeinen Arzneiverordnungslehre folgt dann eine Besprechung derjenigen Momente, welche durch besondere Zustände des Körpers die Arzneiwirkung modificirend zu beeinflussen im Stande sind: Alter, Geschlecht, Gravidität, Individualität, Gewohnheit und bestimmte Krankheiten. Über diesen letzteren Punkt ist H. der Ansicht, dass es sehr falsch ist zu sagen, dass die Arzneimittel auf kranke Menschen anders wirkten als auf gesunde, wohl aber könne die Wirkung derselben für Kranke andere Folgen haben als für Gesunde (p. 87).

An diesen Abschnitt schließen sich dann an die Bemerkungen über die Anwendungsweisen der verschiedenen Arzneimittel mit Berücksichtigung der einzelnen Applikationsorgane. Die Eintheilung

der Arzneimittel bildet den Schluss des allgemeinen Theiles. Eine vollkommen ausreichende, durchaus entsprechende Eintheilung der Arzneimittel besitzen wir zur Zeit noch nicht, können sie auch noch nicht besitzen, jedenfalls erscheint aber das, auch von H. für sein Buch benutzte »natürliche System« das rationellste zu sein. Dasselbe berücksichtigt die einzelnen Präparate nach ihren wesentlichen Merkmalen, nach denjenigen Eigenschaften, vermöge derer bestimmte Hauptwirkungen im Organismus hervorgerufen werden. Danach lassen sich die Arzneimittel klassificiren in Gruppen, welche solche Medikamente umfassen, die gemeinsam für die Wirkung wichtige Eigenschaften besitzen und solche, die gleiche Veränderungen im Körper hervorrufen.

Der specielle Theil der Arzneimittellehre ist so gehalten, dass diejenigen Medikamente, welche zu einer Gruppe gehören, zuerst aufgezählt, dann in ihrer allgemeinen Wirkung erörtert werden. Daran knüpft sich dann an die Behandlung der, jedem einzelnen Repräsentanten einer größeren Gruppe eigenen speciellen Wirkungsäußerungen und schließlich die Besprechung der einzelnen Medikamente nach ihrer Beschaffenheit so wie nach der Art ihrer therapeutischen Verwendbarkeit mit gleichzeitiger Angabe der Dosirung und einzelner Receptformeln. So finden wir z. B. bei der Gruppe des Schwefels zunächst die officinellen und sonst gebräuchlichen Präparate aufgezählt: Sulfur sublimatum und praecipitatum, dann Kalium sulfuratum, Calcaria sulfurata, endlich Kalium sulfocarbonicum. Es folgt die Beschreibung der Anwendung der Schwefelpräparate je nach ihrer Eigenart, die theoretische Betrachtung, wesshalb sie so wirken, die Umwandlung der einzelnen Schwefelverbindungen im Organismus und schließlich die Angabe über Darstellung, Dosirung und specielle Anwendung der einzelnen Präparate.

Eine eingehendere Untersuchung über die Zweckmäßigkeit der Unterbringung der einzelnen Präparate in die von H. gewählten Gruppen, so wie über die theoretischen Anschauungen bezüglich ihres Wirkens würde hier nicht am Orte sein, zumal gerade über den letzteren Punkt die Ansichten in vielen Fällen noch nicht geklärt sind, sich sogar zuweilen diametral gegenüber stehen.

In einem Anhange zu seinem Buche giebt H. dann noch eine Tabelle der nach der Pharm. Germ. Edit. II. vorgeschriebenen Maximaldosen, dann eine, nach derselben Quelle zusammengestellte Übersicht über die Löslichkeitsverhältnisse der Arzneistoffe in Wasser, Weingeist und Äther, ferner eine Aufzählung der früher officinellen, aus der 2. Auflage der Pharm. Germ. ausgelassenen Arzneimittel so wie der neu aufgenommenen Präparate. In der fünften Tabelle endlich sind die Lösungsverhältnisse für die subkutane Anwendung verschiedener Arzneimittel angegeben.

Das Register ist in doppelter Weise ausgearbeitet, einmal als alphabetisches, dann auch noch nach der Gruppenwirkung der verschiedenen Medikamente. **Hugo Schulz** (Greifswald).

---

4. **C. Quist** (Helsingfors). Die künstliche Züchtung der Vaccineorganismen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. No. 46.)

Q. fand bei der mikroskopischen Untersuchung der Vaccinelymphe nach Koch'scher Methode regelmäßig Mikrokokken von bestimmter Größe und daneben auch Bacillen, welche er für Entwicklungsformen der ersteren hält. Eine genauere Beschreibung der Organismen will er später geben. Diese nach Q. die specifische Wirksamkeit der Lymphe bedingenden Mikrophyten sind in ihrem Wachsthum und ihrer Weiterentwicklung in hohem Maße an die Gegenwart von Sauerstoff gebunden; sie sind echte Aërobien. In den Geweben der Haut finden sie stets den zu ihrer Vegetation nöthigen Sauerstoff in hinreichender Menge. In ganz gefüllten, an beiden Enden geschlossenen Kapillarröhren hört alles Wachsthum auf und die Organismen gehen, der gewöhnlichen Meinung entgegen, viel schneller zu Grunde, als in weiten, nicht geschlossenen Röhrchen. In letzteren machen die Pilze, wie Q. gefunden hat, einen Entwicklungsprocess durch, welcher ihrer Wirksamkeit vorläufig keinen Eintrag thut.

Verf. hat nun eine Reihe von Kulturversuchen angestellt, in welchen er zu positiven Resultaten gekommen zu sein glaubt. Als Nährflüssigkeiten benutzte er Mischungen von Rinderblutserum mit Glycerin und Aqua destillata (entweder zu gleichen Theilen, oder 2 Serum zu 3 Glycerin und Wasser), welche durch $^1/_{900}$ Theil Kali carb. schwach alkalisch gemacht wurden. Auch Mischungen von Hühnereiweiß (1) mit Glycerin (1) und Dec. rad. Althaeae (4) oder mit Mucilago Gummi arabici (6), ebenfalls beide alkalisch gemacht, sind geeignet. Sterilisirt werden diese Nährmischungen durch 3 Tage hinter einander wiederholtes Erwärmen auf 60° C. von je $1^1/_2$ Stunden Dauer. Kontrollproben von reinem Blutserum, eben so behandelt, blieben 3 Monate hindurch klar und unzersetzt. Der Zusatz von Glycerin ist zweckmäßig, um Eintrocknen der Mischung, so wie die Ansiedelung von Schimmelpilzen zu verhindern; er beeinträchtigt übrigens, wie die Erfahrungen mit Glycerinlymphe beweisen, die Vegetationsfähigkeit der Vaccineorganismen nicht.

Als Apparate für die Kulturen benutzte Q. theils flache Uhrgläschen von 3—4 cm Durchmesser, theils kurze Proberöhrchen von 1—$1^1/_2$ cm Weite. »Die ersteren werden vorzuziehen sein, wenn es gilt, in kurzer Zeit eine bedeutende Menge Nährflüssigkeit in wirksamen Vaccinestoff umzuwandeln, die letzteren, wenn eine nachhaltigere Kultur erzielt werden soll, welche jedoch nicht eine so große Menge Impfstoff auf einmal zu liefern hat.« Die Uhrgläschen wurden offen unter eine Glasglocke gestellt, die Proberöhren dagegen mit einem durch Kochen in Paraffin sterilisirten, mit einer kleinen Seitenöffnung versehenen Pfropf verschlossen. Als Übertragungsmaterial diente entweder Lymphe, die gleichzeitig auf

ihre Wirksamkeit geprüft wurde, oder noch besser kleine Stückchen der aufgelockerten abgehobenen Epidermis der Pustel, welche zuvor mit reinem Wasser abgespült wurden. Die so beschickten Kulturflüssigkeiten wurden dann bei einer Temperatur von 18 bis 21° C. aufbewahrt. Die Flüssigkeiten bleiben 8—10 Tage lang makroskopisch klar; alsdann gewahrt man bei seitlich auffallendem Lichte die Oberfläche der Flüssigkeit in ihrer ganzen Ausdehnung mit feinen Schüppchen belegt, welche jedoch keine zusammenhängende Decke bilden; unter diesen schlägt sich dann »etwas später« ein grauer feinpulveriger Bodensatz nieder, während die Flüssigkeit selbst immer noch klar erscheint. Bei der mikroskopischen Untersuchung erweisen sich Schüppchen und Bodensatz aus dichten Schwärmen feinster Mikrokokken bestehend, diese letzteren finden sich auch in großer Anzahl frei in der (klaren) Flüssigkeit.

Die Impfungen mit dieser Flüssigkeit, stets 1—1½ cm entfernt von der Implantationsstelle entnommen, am 3. bis zum 17. Tage der Kultur auf den Arm von Kindern in der gewöhnlichen Weise ausgeführt, ergaben in allen 11 Versuchen stets ein positives Resultat, d. h. fast an sämmtlichen Impfstellen nach 5 Tagen gut entwickelte, typische Vaccinepusteln, welche letzteren wiederum wirksame, zur Impfung auf andere Kinder geeignete Lymphe lieferten. In 2 Versuchen blieb die Nährflüssigkeit selbst nach fortgesetzter Implantation von der ersten in eine zweite resp. dritte Nährlösung ungeschwächt wirksam. Eben so zeigte eine am 18. Sept. 1883 begonnene und 37 Tage hindurch unterhaltene Kultur im Proberohr, welche am 25. Oktober auf Kapillarröhrchen gezogen wurde, bei der Impfung am 13. November — also nach 56 Tagen — noch volle Wirksamkeit (Pusteln an allen 4 Impfschnitten). Zur Kontrolle wurden Epidermisstückchen in einfache Mischungen von Glycerin und Wasser implantirt und eben so behandelt, wie die Nährflüssigkeiten. Die alsdann nach 6 bezw. 13 Tagen ausgeführte Impfung von 2 Kindern ergab ein fast negatives Resultat, indem sich auf 4 Impfschnitten nur eine kleine, unvollkommene Pustel entwickelte. (In wie weit diese Kulturen des Verf.s bereits als Reinkulturen zu betrachten sind, dürfte wohl noch von weiteren bestätigenden Erfahrungen abzuwarten sein.)

A. Hiller (Breslau).

---

5. **Max Braun** (Dorpat). Die thierischen Parasiten des Menschen nebst einer Anleitung zur praktischen Beschäftigung mit der Helminthologie für Studirende und Ärzte.

Würzburg, A. Stuber's Verlagshandlung, 1883.

Der auf dem Gebiete der Helminthologie rühmlichst bekannte Verf. giebt in dem vorliegenden kleinen Handbuche einen Leitfaden zum Studium der thierischen Parasiten des Menschen. Als Eintheilungsprincip bei Besprechung der einzelnen parasitären Individuen

glaubte Verf. im Interesse der systematischen Zusammengehörigkeit und der einheitlichen Schilderung nicht das Verhältnis der Parasiten zu ihrem Wirth resp. zu den Organen desselben (Ektoparasiten, Endoparasiten; stationäre, temporäre Parasiten etc.), sondern die zoologische Verwandtschaft gebrauchen zu müssen. Trotzdem ist der klinische Gesichtspunkt in dem kleinen Werke nicht außer Augen gelassen, sondern neben der Schilderung der einzelnen Arten auch ihr Vorkommen im Menschen, ihre pathologische Bedeutung, Diagnose, Prognose, und nicht am wenigsten Therapie bündig aber exakt berücksichtigt. Einem jeden Hauptabschnitte geht eine kurze zoologische und anatomisch-physiologische Charakterisirung der betreffenden Thierklasse, so weit sie zum Verständnis der einzelnen unter diese Klasse fallenden Parasiten nothwendig ist, voraus. Im Anschlusse an einen jeden größeren Absatz sind in einem Anhange Winke für die Anschaffung und Untersuchung geeigneter Exemplare gegeben, die auch den Anfänger in die Lage setzen sollen, das Wichtigste aus eigner Anschauung kennen zu lernen, Hinweise, welche mit Rücksicht darauf, dass einerseits praktische Beschäftigung mit einer Disciplin am ehesten zur Aneignung derselben führt, andererseits dieser Seite der medicinischen Wissenschaft auf den meisten Universitäten Deutschlands eine etwas stiefmütterliche Behandlung zu Theil wird, als ganz besonders dankenswerth bezeichnet werden müssen; auch die wichtigste Litteratur findet in diesen Anhängen ihre Erwähnung.

Die Anordnung der einzelnen Abschnitte ist eine übersichtliche, ein alphabetisches Inhaltsverzeichnis erleichtert die Auffindung des Gesuchten; vielleicht dürfte es zweckmäßig sein, bei einer weiteren Auflage in diesem Index auch die einzelnen Organe des Menschen, in denen Parasiten vorkommen, zu berücksichtigen. Die Ausstattung des kleinen Werkes ist eine sehr hübsche, die beigegebenen Holzschnitte, theils Abbildungen nach Originalpräparaten, theils Kopien, sind gut und klar ausgeführt. Da auch der Preis des Buches (6 ℳ) ein für den Gelehrten sehr mäßiger ist, so kann die Anschaffung nur einem Jeden, der sich vorkommenden Falles in Kurzem über irgend ein Objekt der Helminthologie informiren will, nicht minder, wie Demjenigen, der sich praktisch mit derselben beschäftigen will, mit gutem Gewissen empfohlen werden. **Freudenberg** (Berlin).

---

6. **Klemm** (München). Zur Kenntnis des Echinococcus alveolaris der Leber.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 42 u. 43.)

K. beschreibt 3 Fälle von Alveolarechinococcus der Leber, die im pathologischen Institute zu München zur Beobachtung kamen. Die Bindegewebsentwicklung, welche der alveoläre Echinococcus hervorruft, zeigte sich in dem zweiten der beschriebenen Präparate nicht

nur als eine lokale, sondern auch als eine allgemeine, da in den vom Tumor am weitesten entfernten, relativ gesunden Partien der Leber das interlobuläre Bindegewebe massig ausgebildet war. Aus den mikroskopischen Untersuchungen dieser Präparate ist betreffs der Wachsthumsverhältnisse des Tumors der Schluss zu ziehen, dass das Wachsthum des Parasiten nicht nur ein peripheres sei, sondern dass auch im Innern der Geschwulst die Proliferationsfähigkeit nie aufhöre. Als Ausdruck dieses centralen Wachsthums ergeben sich nämlich progressiv vom Centrum nach der Peripherie an Größe abnehmende Hydatiden.

Als objektiven Beweis für die Identität des alveolären mit dem hydatidosen Echinococcus bringt K. das vollständig gelungene Experiment, dass aus den Scolices eines dieser multilokulären Echinokokken dieselbe Tänie gezüchtet werden konnte, als aus denen des hydatidosen Echinococcus. Der Unterschied zwischen beiden Formen beruht bloß auf dem verschiedenen Verhalten des Organismus resp. der Leber gegenüber der Einwanderung eines Embryo.

Seifert (Würzburg).

---

7. **Plessing** (Leipzig). Über Febris herpetica oder Febricula als Infektionskrankheit.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 2.)

Verf. schildert die unter obigen oder ähnlichen Namen bekannte Affektion, die, wie er mit Recht bemerkt, in der Privatpraxis viel häufiger als in Spitälern beobachtet wird, folgendermaßen: »Die Krankheit beginnt meist plötzlich, ohne Prodrome mit einem stärkeren Froste oder mit öfters sich wiederholendem Schauer. Der Pat. fühlt sich dabei meist recht schlecht, klagt über Kopfschmerz, große Mattigkeit und häufig auch über heftige Gliederschmerzen. Später folgt das Gefühl der Hitze, das Gesicht ist geröthet. Die Temperatur ist rasch gestiegen und erreicht nicht selten eine Höhe von 40° und darüber, der Puls wird voller und frequenter, 100—120. Die Zunge ist stark belegt, der Appetit geschwunden, der Durst bedeutend vermehrt. Meist besteht geringe Verstopfung, zuweilen auch Diarrhoe; der Harn ist spärlich, saturirt und bildet reichliche Niederschläge. Sämmtliche Symptome schwinden meist schnell unter Auftreten von reichlichen Schweißen und häufig eines Herpes labialis. Puls und Temperatur kehren rasch zur Norm zurück.« Auch das Fehlen gewisser Erscheinungen scheint charakteristisch: so findet sich niemals Milzvergrößerung, niemals (oder fast niemals) ein anderes Exanthem als der erwähnte Herpes, und wie wir hinzufügen wollen, niemals eine Störung der Hirnthätigkeit. Die Krankheitsdauer ist 1—7 Tage.

Über das Wesen der Krankheit und ihre etwaige Zugehörigkeit zu anderen Affektionen divergiren die Ansichten der Autoren: die einen sehen in ihr nichts als Folgen einer starken Erkältung u. dgl., die anderen betrachten sie als abortive Formen gewisser Infektions-

krankheiten, so z. B. Griesinger, der geradezu eine Febricula des Flecktyphus, des Darmtyphus etc. unterscheidet.

Verf. ist anderer Ansicht. Er glaubt, dass die einzelnen Krankheitssymptome sehr wohl durch das Fieber allein erklärt werden können, und dass das Wesen der ganzen Krankheit eine specifische Infektion ist, verschieden von den übrigen Infektionskrankheiten. Als Stütze dieser Anschauung führt er 5 Fälle an, die in kurzer Zeit hinter einander auf einer Baracke des Leipziger Jakobshospitals zur Beobachtung kamen und sehr gleichartig verliefen, während andere Infektionskrankheiten daselbst nicht auftraten. Die 4 Kranken waren alle bereits wegen anderer Leiden im Hospital, so dass anzunehmen ist, sie haben sich erst daselbst die Krankheit zugezogen; der fünfte Fall betraf einen auf der Baracke protokollirenden Mediciner.

Verf. bemerkt schließlich, dass er nicht alle Fälle von »Febricula« als durch die von ihm supponirte specifische Infektion erzeugt ansehen wolle. Gegen diese Fassung lässt sich gewiss nichts einwenden.

Küssner (Halle a/S.).

---

8. **Max Spengler** (Dresden). Diphtherie und Krup. Nach Beobachtungen auf der Diphtheriestation der Diakonissenanstalt zu Dresden.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Verf. bringt auf Grund eines großen Materials mancherlei Interessantes zu diesem so vielfach bearbeiteten und noch so wenig erschöpften Kapitel. Von Januar 1882 bis Ende Februar 1883 sind in der Dresdner Diakonissenanstalt mehr als 200 Fälle von Diphtheritis (und Krup) behandelt worden; Verf. hat außer den darüber geführten Krankengeschichten noch die seit dem Jahre 1862 existirenden benutzt, in Summa 510. Im Jahre 1862 kam in der erwähnten Anstalt der erste Fall von Diphtheritis zur Beobachtung; aus dem Jahre 1863 ist der erste officiell gemeldete Todesfall an Diphtheritis in Dresden vorgekommen. Seit 1877 ist eine erhebliche Steigerung der Erkrankungen an Diphtheritis (und Krup) zu konstatiren, besonders in den beiden letzten Jahren, über die sich der Bericht erstreckt.

Von den 510 Gesammtfällen starben 202 = 39,6%. In 35,3% aller Fälle wurde Tracheotomie gemacht; die tracheotomirten Kinder machen 23,1% der Gesammtmortalität aus. Der dritte Theil aller Fälle kam im letzten Jahresquartal zur Beobachtung; das Maximum der Erkrankungen fällt auf November und December, das Minimum auf den Juni. Im Allgemeinen ist nicht bloß die Morbidität, sondern auch die Mortalität in den letzten Jahren wohl gestiegen.

Aus dem klinischen Theil der Abhandlung heben wir Folgendes hervor. Die Inkubation ließ sich in einem geeigneten Falle auf 2 Tage bestimmen. Fortschreiten des diphtheritischen Processes

vom Rachen auf die Nasenschleimhaut kam in ca. 25% aller Fälle vor und erwies sich viel bösartiger, als Übergreifen auf den Kehlkopf und die Trachea etc. Von ersteren Fällen genasen nur 16%, von letzteren fast 30%. Die Fieberverhältnisse waren fast in allen leichteren Fällen sehr gleichmäßig: 2—3tägiges febriles Stadium mit raschem Ansteigen und kritischem Abfallen; antifebrile Behandlung hatte nicht stattgefunden. In den schwereren Fällen zeigten die Temperaturkurven mehr die Charaktere einer protrahirten Krisis oder Lysis; von besonderer Wichtigkeit erwies sich das gegenseitige Verhältnis von Temperatur und Puls. Sobald die Kurven beider nicht mehr parallel gehen, sondern sich kreuzen, d. h. Steigen der Pulsfrequenz bei normalen oder subfebrilen Temperaturen, kann man nach Verf.s Beobachtungen mit absoluter Sicherheit die Prognose letal stellen. Und zwar ist es wichtig, dass diese Kreuzung der Kurven nicht etwa erst prämortal eintritt, sondern »4, 6 bis 14 Tage vor dem Exitus letalis, zu einer Zeit, wo man die Pat. bei scheinbar befriedigendem Allgemeinbefinden vor dem Eintritt der Rekonvalescenz stehen zu sehen glaubt«. »Weder der gesammte Symptomenkomplex, noch viel weniger das eine oder andere Symptom für sich allein betrachtet ist von irgend welcher entscheidenden Bedeutung für den Verlauf des einzelnen Falles. Erst wenn während der Rekonvalescenz die Kurvenkreuzung, welche gewöhnlich in der 3. Krankheitswoche eintritt, über deren Gefahr die Pat. aber auch in der 4. Woche noch nicht hinaus sind, ausbleibt, kann man einen günstigen Verlauf erwarten.« Sehr bemerkenswerthe Beobachtungen!

Die Gesammtdauer der Temperatursteigerung schwankt zwischen 3 und 8 Tagen.

Großen Werth legt Verf. (und Ref. kann dies völlig bestätigen) auf die Konstanz der Albuminurie in Fällen von Diphtheritis. Namentlich die Fälle mit protrahirter Krise sind besonders häufig von Albuminurie begleitet. Der Harn ist an Menge vermindert, das specifische Gewicht vermehrt, die Farbe hell-bernsteingelb, die Reaktion sauer; meist setzt sich ein ziemlich reichliches Sediment ab, das aus Harncylindern, Epithelien und weißen Blutkörperchen besteht; rothe Blutkörperchen fehlten immer. Das Eiweiß im Harn erschien am häufigsten zwischen dem 3. und 6. Krankheitstag, nicht selten aber später, selbst nach dem 14. Tage; die Albuminurie dauerte einige (3—8) Tage event. mit Unterbrechungen, aber sogar bis zu 4 Wochen an. (Diese Angaben sind nach Beobachtungen an 200 Kindern und 13 Erwachsenen gemacht.) Bei reinem (primären) Krup des Larynx, der Trachea und der Bronchien fehlte die Albuminurie; auch war das Fieber meist nur eine Ephemera — »man kann also mit einer gewissen Berechtigung an der Existenz von reinem Krup festhalten«; doch spricht sich Verf. entschieden für ätiologische Identität von Krup und Diphtheritis aus.

Als Nachkrankheiten finden sich außer den allbekannten

Lähmungen erwähnt: in einem Falle Strabismus divergens, in der 6. Krankheitswoche aufgetreten und bei der Entlassung nach vier Wochen noch bestehend; 2mal schmerzhafte Kontrakturen der Fingerbeuger in der 2. Woche, von einigen Tagen Dauer; einmal Hautemphysem an Hals und Brust nach Perichondritis laryngis etc.

Dreimal wurde Recidiviren des Processes nach ursprünglicher leichter Erkrankung beobachtet; die betreffenden Kinder waren mit gesunden Rachenorganen entlassen und kamen mit frischen diphtheritischen Belägen nach 10 resp. 6 Tagen wieder; 2 genasen, das eine leicht, das andere nach 5wöchentlicher Krankheit, das dritte starb.

Die Therapie bestand in mehrmals erneuerten hydropathischen Umschlägen um den Hals, Ausspritzen von Mund und Nase mit Sol. Acid. salicyl. 1 : 300, stündlich oder 2stündlich, bei älteren Kindern Gurgelungen. Während des letzten Jahres wurden 2mal täglich Pinselungen mit 1‰iger Sublimatlösung gemacht. Innerlich wurde Sol. Kali chloric. 3—5 : 150 esslöffelweise 2stündlich gegeben, und Wein vom ersten Tage an. In septischen und gangränösen Fällen wurde Salicylspray gemacht. Bezüglich der Tracheotomie sei erwähnt, dass dieselbe nie früh, noch weniger prophylaktisch vorgenommen wurde.

Küssner (Halle a/S.).

---

9. W. Lublinski. Die syphilitischen Stenosen des Ösophagus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 33 u. 34.)

Der bisherigen spärlichen, eingehend rekapitulirten Statistik fügt Verf. zwei eigene allerdings des Sektionsbefundes entbehrende Fälle zu. Im ersten derselben (29jähriger Mann, der sich vor 10 Jahren inficirt) bestanden seit einigen Wochen zunehmende Beschwerden beim Schlucken fester Speisen; die objektive Untersuchung ergab eine Uvularnarbe und Psoriasis palmaris, so wie durch Sondenuntersuchung den Sitz der Striktur im Niveau des 6. Dorsalwirbels. Heilung unter antisyphilitischer Behandlung (anscheinend ohne wesentliche Bougiekur) innerhalb einiger Monate. Der zweite Fall betrifft einen 54jährigen Mann, der vor 22 Jahren an Syphilis gelitten hatte. Hier fand sich neben gummösen Ulcerationen eine Striktur in der Höhe des 5. Dorsalwirbels. Die erstere heilte, die letztere besserte sich nachhaltig unter entsprechender Behandlung.

Den Krankengeschichten sind allgemeine Bemerkungen über prädisponirende Ursachen, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Ausgänge und Therapie des Leidens angeschlossen. Hervorgehoben sei, dass die Differentialdiagnose Rücksicht zu nehmen hat auf spastische Stenosen, durch Pharynxerkrankung reflektorisch hervorgerufene Schlingbeschwerden, Kompression der Speiseröhre durch Lymphdrüsen, Tumoren des Halses und Mediastinums, Struma, Aortenaneurysma, Kyphose der Wirbelsäule, Kehlkopfaffektionen, ferner von Seiten des Ösophagus selbst auf Carcinom, Verätzung, Divertikel-

bildung, dem Magengeschwür analoge Ulcerationen mit Ausgang in Narbenstriktur, endlich auf Hypertrophie der Mucosa, Submucosa und Muscularis, die indess als primäre nicht anerkannt wird.

Rücksichtlich der Therapie erfordern ältere Fälle neben der antisyphilitischen Behandlung dringend den methodischen Gebrauch der Schlundsonde. Vollkommen fibröse, der Erweiterung durch die Sonde nicht zugängliche Entartung kann die Gastrotomie indiciren.

Fürbringer (Jena).

---

10. E. Stadelmann. Über die Ursachen der pathologischen Ammoniakausscheidung beim Diabetes mellitus und des Coma diabeticum. (Aus der med. Klinik in Königsberg.)

(Archiv für experimentelle Pathologie Bd. VII. Hft. 6.)

Nachdem Hallervorden bei einer Reihe von Diabetikern eine oft excessive Steigerung des Ammoniak im Harn nachgewiesen hatte, galt es dieses Faktum zu bestätigen und zu erklären. St. hat dazu Untersuchungen an 11 Pat. mit Diabetes angestellt und gefunden, dass bei dieser Krankheit allerdings oft ganz beträchtliche Mengen von Ammoniak ausgeschieden werden. Der Grund dieser vermehrten Ammoniakausscheidung liegt in der Anwesenheit einer bisher noch nicht genauer untersuchten Säure im Blute und im Harn. St. hat nun den Harn mit Rücksicht auf seine Säuren untersucht und gefunden, dass unter denselben eine reichliche Menge von β-Krotonsäure sich findet. Er ist geneigt das Coma diabeticum für ein Symptom der Ansäuerung des Blutes durch die genannte Säure zu halten und empfiehlt daher bei demselben Injektionen von Alkalien.

Obwohl es nicht zu bezweifeln ist, dass durch Herabsetzung der Alkalescenz des Blutes komatöse Erscheinungen auftreten können, so wird doch wohl obiges Argument nicht zur Erklärung aller Fälle von Coma diabeticum genügen, wenigstens sah Ref. dasselbe auch bei mit großen Dosen von Alkalien behandelten Pat. auftreten.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

11. C. A. Ewald. Über Phosphorsäure-Ausscheidung bei Paralysis agitans und verwandten Formen der Zitterlähmung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 32 u. 33.)

Nachdem Engelmann eine Vermehrung der Phosphorsäure des Harns nach anstrengender Muskelthätigkeit beobachtet, Chéron bei Paralysis agitans die Urinmenge um das Doppelte vermehrt und die Phosphorsäureausfuhr mit dem Harn auf das Dreifache gesteigert gefunden, endlich Gürtler[1] weder eine Vermehrung der Urinmenge noch der Phosphorsäure unter gleichen Umständen konstatirt, unternahm Verf. die erneute Prüfung der Frage unter thunlichster Vermeidung der Fehlerquellen durch längere, bis auf 33 Tage ausgedehnte Beobachtung einer Reihe von Kranken, welche an Paralysis

---

[1] Cf. Centralbl. 1883. p. 595.

agitans, Athetosis posthemiplegica, Tremor hemiplegicus und senilis litten und Heranziehung von Kontrolluntersuchungen. Die Ernährung der Pat. war eine durchaus gleichmäßige, die ganze Beschäftigung eine sehr einförmige. Die Phosphorsäure wurde mit Urannitrat titrirt.

Es zeigte sich, dass die Phosphorsäure bei keiner der untersuchten Formen des Tremors etwas Charakteristisches darbot. Meist blieb die zudem unregelmäßig und atypisch schwankende Ausscheidung hinter den Kontrollwerthen zurück.

Verf. warnt vor weitgehenden Schlüssen aus der zumal relativen Phosphorsäuremenge des Harns überhaupt auf Stoffwechselvorgänge, da der Gehalt des Harns an der anorganischen Säure schon unter physiologischen Bedingungen von mehreren, zum Theil unberechenbaren Variabeln (Aufnahme, Energie des Stoffwechsels, Größe der Diffusion durch die Niere und durch den Darm) abhänge, die relativen Werthe (auf eine Einheit Stickstoff bezogen) unter einander nicht in Beziehung gesetzt werden dürften und die Ausscheidungen unter pathologischen Verhältnissen noch komplexer sich gestalteten (wozu bemerkt werden darf, dass, wie namentlich die Zülzer'schen Beobachtungen gezeigt haben, der regelmäßig lebende Mensch in seinem Harn immerhin ein ganz bestimmtes Verhältnis zwischen den Mineralstoffen und dem Stickstoff als Ausdruck eines physiologischen Gesetzes darzubieten und dieses bestimmte Verhältnis durch mannigfache Eingriffe in den Stoffhaushalt wieder ganz bestimmte Alterationen zu erleiden pflegt. Ref.).

Fürbringer (Jena).

---

12. **R. Espanet.** Du pronostic des paralysies diphthériques.
Thèse de Paris 1883.

Obwohl der Ausgang in Heilung bei den diphtheritischen Lähmungen Regel ist, kommen doch auch nicht selten ungünstige Wendungen im Verlauf dieser Lähmungen vor und zwar sowohl tödlicher Ausgang, als ungewöhnlich lange Dauer und unvollständige Restitution. Verf. bespricht zuerst die Modalitäten des tödlichen Ausganges. Derselbe kann bedingt sein durch Betheiligung des Respirations- und Cirkulationsapparates an der Lähmung. Erstere besteht in Lähmung der Kehlkopfmuskeln, in Anästhesie des Larynx (dadurch Erstickungsgefahr), in Lähmung des Diaphragma und der übrigen Respirationsmuskeln (wie es nach Beobachtungen von Duchenne scheint, auch der Bronchialmuskeln). In Beziehung auf den Cirkulationsapparat handelt es sich um eine plötzliche Innervationsstörung des Herzens, Synkope, wahrscheinlich bulbären Ursprungs. Das sind die Fälle plötzlichen Todes; langsam kann derselbe erfolgen auf Grund länger dauernder Schlinglähmungen und Inanition.

Bezüglich der Dauer der diphtherischen Paralysen lässt sich aus den in Heilung übergegangenen Fällen im Allgemeinen der Schluss ziehen, dass die lokalisirten Lähmungen einen raschen Verlauf

nehmen, die generalisirten einen langsamen und schleppenden. So schwankt die Dauer der betreffenden Lähmungen zwischen einer Woche und ca. 4 Monaten. Ausnahmsweise kommen aber auch Fälle von sehr viel länger dauernder und solche von persistenter Lähmung theils im Gebiete des Gaumens, Pharynx und Larynx, theils allgemeiner Verbreitung vor. Ein markirtes Beispiel der letzten Art mit verbreiteten Muskelatrophien, Kontrakturen wird mitgetheilt. Die Erklärung für die verschiedene Dauer wie für die Lähmungen überhaupt liegt in den neuerdings besonders von Déjérine aufgedeckten materiellen histologischen Veränderungen, der Affektion der grauen Substanz des Rückenmarkes, der vorderen Wurzeln, der parenchymatösen Degeneration der peripheren Nerven, Veränderungen, die, gewöhnlich leichter und reparabler Natur, ausnahmsweise eben auch einmal nicht zum Ausgleich kommen.

Im 2. Abschnitt wird der Einfluss besprochen, den verschiedene Umstände auf Schwere und Dauer der diphtherischen Lähmungen haben. Was das Lebensalter betrifft, so stellt sich aus einer von Landouzy gegebenen statistischen Tabelle heraus, dass die Lähmungen vom 2. bis 6. Jahr selten sind, obwohl die diphtherische Affektion an und für sich in diesem Alter ihre größte Häufigkeit besitzt, dass die diphtherischen Lähmungen häufiger beim Erwachsenen als beim Kinde sind. Das Geschlecht hat keinen Einfluss. Vorheriger Gesundheitszustand, interkurrente Krankheiten eben so wenig. Eine Abhängigkeit der Lähmungen von der Schwere der diphtherischen Erkrankung, die Trousseau statuirte, erkennt Verf. mit Roger nicht an. Auch ein Zusammenhang mit der Komplikation der Albuminurie, wie er von einigen französischen Autoren behauptet wurde, existirt nach Verf. nicht.

Eisenlohr (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **G. Merkel.** Kairin als Antipyreticum.

(Deutsches Archiv für klin. Med. 1883. Bd. XXXIV. p. 100—112.)

Verf. hat 19 Fälle (darunter 9 Typhen, 3 Phthisen, 3 Pneumoniker) während des ganzen Verlaufs der Krankheit mit Kairin in Tagesdosen von 2,75—12,5 bei einem Alter der Pat. von 16—52 Jahren behandelt und spricht das Mittel als ein sehr mächtiges, wo nicht das mächtigste innerlich zu gebende Antipyreticum an, das jede Fiebertemperatur herabsetze. Der Abfall erfolgt ohne Collaps und sonstige Nebenerscheinungen; seine Tiefe hängt, von der Größe der Gabe abgesehen, von der Konstitution des Kranken und der fiebererregenden Ursache ab. Einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf hingegen scheint das Mittel nicht zu haben. Es kann die Kairinbehandlung länger ungestraft und ohne erhebliche Belästigung des Kranken fortgesetzt werden, als die Chinintherapie; aber vor der Hand kommt man mit letzterer aus, und billiger aus, als mit dem Kairin.

Fürbringer (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, **P. Ehrlich**, **D. Finkler**, **A. Fränkel**,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 7. **Sonnabend, den 16. Februar.** **1884.**

1. **E. Schiff.** Experimentelle Untersuchungen über Hautentzündung.

(Zeitschrift für Dermatologie u. Syphilis 1883. Hft. 2. p. 355—370.)

Verf. beobachtete eine eigenthümliche Beeinflussung künstlicher Exantheme (hervorgerufen durch Auftragen von Krotonöl auf die Bauchhaut, in die Achselhöhlen und Schenkelbeugen von Hunden) durch Rückenmarksdurchschneidungen, durch solche mit darauf folgender Zerstörung des abgeschnittenen Stückes und durch größere Blutentziehungen aus der Carotis und Art. cruralis. Es zeigte sich zunächst, dass die Krotonölentzündung in ihrem Verlaufe durch bloße Durchschneidung des Rückenmarks (2 Versuche) sich von der am intakten Thiere erzeugten nicht wesentlich unterschied; wurde hingegen das, meist in der Höhe des drittletzten Dorsalwirbels abgeschnittene Rückenmarksstück zerstört (9 Versuche), so gelangte nur in der Minderzahl der Fälle im Bereich der Hautpartien mit nicht unterbrochener Innervation (Achselhöhlen) ein ausgesprochenes Bläschenexanthem zur Entwicklung, während es in den meisten Versuchen

hier lediglich zu Ecchymosirungen und allgemeiner Infiltration kam; an den Hautbezirken mit aufgehobener Innervation (Bauchhaut, Schenkelbeuge) beschränkte sich die Wirkung des Krotonöls der Regel nach auf eine Knötcheneruption mit geringfügiger Infiltration oder ohne solche. In allen Fällen, wo das Blut der Carotis (5 Versuche) entnommen wurde, führte die endermatische Krotonölapplikation zu den gleichen Erscheinungen, wie am unversehrten Thiere, wohingegen die Blutentziehungen aus der Schenkelarterie (5 Versuche) die Entwicklung des Entzündungsvorganges hemmte. Eine bestimmte Erklärung wagt Verf. nicht. **Fürbringer** (Jena).

2. N. A. Sassetzky. Über den Einfluss fieberhafter Zustände und antipyretischer Behandlung auf den Umsatz der N-haltigen Substanzen und die Assimilation N-haltiger Bestandtheile der Milch.

(Virchow's Archiv 1883. Bd. XCIV. Hft. 3. p. 485.)

S. glaubt aus seinen Versuchen an Menschen folgende Resultate ziehen zu dürfen:

1) In allen Fällen vermindert sich der Umsatz der N-haltigen Substanzen im Organismus unter der Einwirkung kalter Bäder; eben so, nur etwas weniger stark, auch unter der Einwirkung von Chinin oder von Natriumsalicylat.

2) Unter dem Einflusse kalter Bäder vermindert sich die Ausscheidung der Phosphate im Harn, weniger unter dem Einflusse von Chinin und salicylsaurem Natron.

3) Die Harnmenge wird durch kalte Bäder, Chinin und salicylsaures Natron vermehrt.

4) Die Assimilation der festen Theile und des N der Milch steigt unter dem Einflusse der genannten 3 Faktoren.

5) Im febrilen Zustande geht die Assimilation der festen und N-haltigen Bestandtheile der Milch nicht so gut von statten wie im fieberlosen.

Die an diese Sätze geknüpften langen Erörterungen können hier nicht wiedergegeben werden. **Kobert** (Straßburg i/E.).

3. Paul Grawitz. Amyloide und hyaline Neubildung in der Nasenschleimhaut.

(Virchow's Archiv Bd. XCIV. Hft. 2.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über das Vorkommen der lokalen und allgemeinen Amyloidentartung theilt G. die Krankengeschichte eines Pferdes mit, welches Prof. Dieckerhoff behandelt hat. Bei dem 7jährigen Thiere hatte sich im Winter 1872/73 unter schniebendem Inspirationsgeräusch schleimiger Ausfluss aus beiden Nasenhälften und Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen eingestellt. Die von Dickerhoff damals vorgenommene Untersuchung

ergab die Anwesenheit hasel- bis walnussgroßer, die Nasenkavitäten beengender, an der medialen und lateralen Seite der Nase befindlicher, an den gegenseitigen Kontaktstellen erodirter Geschwülste. Die zunehmende Athemnoth (Pferde und andere Einhufer sind nicht im Stande, durch den Mund zu athmen) machte im September 1873 die Tracheotomie erforderlich, worauf das Thier arbeitsfähig wurde, und bis zum Frühjahr 1883 blieb. Im April dieses Jahres wurde es, an einer doppelseitigen katarrhalischen Pneumonie erkrankt, getödtet. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose; Unterleibsorgane gesund, die Schleimhaut der Luftröhre bot, abgesehen von den auf das langjährige Tragen der Kanüle zurückzuführenden Veränderungen, eine unterhalb dieser beginnende, gegen die Bifurkation hin abnehmende, durch warzenähnliche, bis bohnengroße Exkrescenzen bedingte Granulirung. Larynx und Trachea oberhalb der Tracheotomiewunde normal. Die klinisch gesehenen Tumoren sitzen in unmittelbarster Nähe der Nasenlöcher und gehen, leistenartige Ausläufer nach der Nachbarschaft entsendend, sowohl von dem Septum als auch der lateralen Nasenwand aus; die Oberfläche der in ihrem Aussehen an dasjenige gewisser großer Kondylome der Labien erinnernden Tumoren hat schleimhautähnliche Beschaffenheit, ist roth, feucht glänzend, stellenweise hämorrhagisch und erodirt. Bei der mikroskopischen Untersuchung der erkrankten Partien erweist sich die oberflächliche, unterhalb des Überzugsepithels gelegene und bis zur halben Länge der Drüsengänge herabreichende Zone aus transparenten, scholligen Massen zusammengesetzt; darauf folgt eine aus dicken, eigenthümlich glänzenden, an das Aussehen amyloider Substanz erinnernden Fibrillen zusammengesetzte Schicht. Die erwähnten glänzenden Massen zeigten deutlich Amyloidreaktion; analoge Beschaffenheit bieten die warzigen Tumoren der Trachealschleimhaut. Die Diagnose lautete demnach auf chronische, fibröse Schleimhautwucherungen, mit Amyloidentartung der Schleimdrüsen; die Amyloiddegeneration ist wie bei anderen Befunden von lokalem Amyloid an einem vorher erkrankten Gewebe aufgetreten. Die hyaline Metamorphose hält G. im Gegensatz zu Rählmann nicht für eine nothwendige Vorstufe des lokalen Amyloid; indess scheint es, dass sklerotisches, hyalines Bindegewebe leicht Sitz späterer Amyloidbildung abgeben kann.

Den beschriebenen Fall aus der Thierpathologie, stellt G. der in der menschlichen Pathologie speciell von Wiener Dermatologen geschilderten als Rhinosklerom bezeichneten Erkrankung an die Seite.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

4. **F. Mraček.** Über Enteritis bei Lues hereditaria.

(Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis 1883. Hft. 2. p. 210—229. Mit 4 Tafeln.)

Aus der Untersuchung sechs eigener Fälle ergab sich, dass bei hereditärer Syphilis

1) diffus über den ganzen Darm oder große Darmstrecken ausgebreitete entzündliche Processe und

2) auf einzelne Stellen beschränkte typische Produkte der konstitutionellen Erkrankung zur Entwicklung kommen.

Letztere finden sich fast ausnahmslos im Dünndarm, und hier wieder besonders im oberen Jejunum und erscheinen in 2 Formen: als Infiltrate, welche um die Plaques lokalisirt sind und als regellos zerstreute Knötchen und Knoten. Übergänge zwischen beiden Formen fehlen keineswegs.

Die Infiltrate bilden zunächst länglich ovale Felder, welche in unregelmäßigen Abständen kleine grubige Vertiefungen (entsprechend den Follikeln, im Bereich welcher die Infiltration geringer ausfällt) und in Folge dessen retikulirte Beschaffenheit zeigen, in vorgeschritteneren Graden starre gelbweiße Schilder, welche durch den Darm schimmern, bezw. sie durch getrübte und verdickte Serosa markiren. Innerhalb dieser starren Infiltrate treten centrale Substanzverluste auf, deren nicht unterminirte Ränder und von der Submucosa gebildete Basis speckigen Belag zeigen.

Die regellos über die Darmfläche zerstreuten miliaren bis linsengroßen Knötchen sitzen vorzugsweise in der Submucosa. Über den größeren Exemplaren ist die Schleimhaut fixirt. Bei besonderer Ausbreitung können sich sämmtliche Darmschichten bis auf die Serosa substituiren und durch Zerfall Substanzverluste bilden.

Den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden die Gefäße, deren Adventitia sich zunächst infiltrirt zeigt; so erweist das Mikroskop ausnahmslos im Centrum der Knötchen kleine Arterien; in viel geringerem Grade sind Venen und Lymphgefäße betheiligt. Der Zerfall der Infiltrate und Knoten ist an die höchste Ausbildung der Veränderung mit vollständigem Untergang der Gefäße und consecutiver anämischer Nekrose gebunden.

Wahrscheinlich ist die Entwicklung des antisyphilitischen Processes im Darm, der einem Theil der angeborenen entzündlichen Veränderungen des Bauchfells mit ihren Folgeerscheinungen zu Grunde zu liegen scheint, eine sehr schnelle. Der Regel nach entspricht den syphilitisch erkrankten Bezirken des Darms ein größerer Umfang des Lumens, derart, dass das Darmrohr unter Umständen varicöse Beschaffenheit zeigen kann. Immer betheiligen sich die Mesenterialdrüsen an dem Processe durch Schwellung und Verdichtung.

Konstant findet sich neben der Darmaffektion Lebersyphilis, Milztumor, Osteochondritis syphilitica, öfters auch Lungen-, Hirn- und Nierensyphilis.

Fürbringer (Jena).

---

5. **Marchiafava** und **Celli.** Über die Mikrokokken der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.

(Gazz. degli ospitali 1884. No. 8.)

Bekanntlich wurden zuerst von Klebs und dann von Eberth bei der die Pneumonie komplicirenden und bei der traumatischen Meningitis Mikroorganismen in Form von Mikrokokken gefunden. Kürzlich fand Leyden (s. dieses Centralblatt 1883 No. 10) bei einem Fall von primärer sporadischer Cerebrospinalmeningitis im Exsudat zahlreiche Kokken, meist von der Form der Diplokokken, manchmal zu Ketten von zwei oder drei Stück vereinigt.

Den Verff. bot sich nun die Gelegenheit bei epidemisch herrschender Cerebrospinalmeningitis nach solchen Mikroorganismen zu forschen, da im Spital S. Spirito seit einiger Zeit sich häufig klinisch und pathologisch wohlcharakterisirte Fälle dieser Krankheit fanden. Sie betrafen gewöhnlich Bauern, die aus der Umgegend in meist vorgeschrittenem Krankheitsstadium ins Spital kamen.

In zwei Fällen konnten Verff. wenige Stunden nach dem Tod die Autopsie und die Untersuchung des Exsudats und der Pia mater unter den bekannten Kautelen vornehmen.

Von dem Exsudat wurden Trockenpräparate angefertigt und mit schwacher alkoholischer Lösung von Methylenblau gefärbt. In allen Präparaten fanden sich konstant Mikrokokken entweder isolirt oder in Form von Diplokokken, von etwas ovaler Gestalt, die Diplokokken im kleineren Durchmesser mit einander verbunden. Sie lagen frei in der Intercellularflüssigkeit oder fanden sich im Protoplasma der weißen Zellen, selten in dem der Endothelzellen. Einige Zellen zeigten bis zu 6—7 Diplokokken. Dieselben in Ketten vereinigt zu sehen, gelang Verff. in diesen beiden Fällen nicht.

Die Kokken fanden sich in allen Präparaten, jedoch nicht in gleicher Menge. Wahrscheinlich enthalten die Theile, in denen das Exsudat weniger reichlich ist, eine größere Menge. Einige Präparate, in denen sie sehr zahlreich sind und auch innerhalb der Zellen vorkommen, geben ganz das Bild der Präparate von Gonorrhoe-Eiter; in letzterem sind jedoch die Mikrokokken innerhalb der Zellen viel reichlicher vorhanden und vielleicht auch von größerem Durchmesser.

Bei denselben Individuen wurden nach der gleichen Methode Präparate aus dem Blut des rechten Herzens und der Milzpulpa angefertigt; es gelang jedoch nicht, in diesen irgend eine Mikrokokkenform zu finden. Dies beweist nach Verff. die Güte der Methode, schließt die Möglichkeit eines zufälligen Befundes aus, zeigt, dass die Mikroorganismen sich im primären Herd der Erkrankung finden, und macht es wahrscheinlich, dass sie mit dieser in enger Beziehung stehen.

Die Demonstration derselben Mikroorganismen in den Geweben gelang ebenfalls, jedoch nicht mit der gleichen Deutlichkeit wie bei den Trockenpräparaten. Sie fanden sich gewöhnlich in kleinen Gruppen

mitten im Exsudat und ließen sich sowohl mit Methylenblau als mit Vesuvin färben.

Verff. hoffen durch fernere Untersuchungen vielleicht die Beziehung dieser Mikroorganismen zur epidemischen Cerebrospinalmeningitis klar legen zu können. Als sicher stellen sie zunächst die Thatsache hin, dass sich im Exsudat der epidemischen Cerebrospinalmeningitis Mikroorganismen, meist von Diplokokkenform vorfinden, die weder im Blut noch in anderen Organen gefunden werden. (Nach einer mündlichen Mittheilung haben Prof. Graziadei und Prof. Bozzolo bei einem Fall von Cerebrospinalmeningitis ebenfalls Diplokokkenformen im Exsudat gefunden. E. Kurz (Florenz).

---

6. Riegel. Über die Entstehungsbedingungen und die diagnostische Bedeutung des Friedreich'schen diastolischen Venencollapses.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Auf Grund seiner früher veröffentlichten Untersuchungen über den Venenpuls und gestützt auf zwei in Kürze mitgetheilte Beobachtungen gelangt R. zu dem Schlusse, dass der von Friedreich zuerst beschriebene sogenannte diastolische Venencollaps nicht mehr als ein für die Perikardialverwachsung pathognomonisches und nur bei dieser zu beobachtendes Phänomen bezeichnet werden könne. Es geht aus den genannten Untersuchungen hervor, dass die für das Friedreich'sche Phänomen als charakteristisch bezeichneten Eigenthümlichkeiten auch dem echten rückläufigen Venenpulse in gleicher Weise zukommen, dass nämlich hier wie dort die Ausdehnung der Vene stets langsam, der Collaps dagegen weit plötzlicher erfolgt.

In dem erstgeschilderten Fall, der zur Obduktion kam, fand sich als Ursache für dieses Phänomen des diastolischen Venencollapses: Offensein des Foramen ovale. Entgegen den normalen Verhältnissen hatte hier bei der direkten Kommunikation der beiden Vorhöfe durch das weit offene Foramen ovale das Venenblut im Beginn der Kammerdiastole einen Ausweg nicht allein nach dem rechten Vorhof und der rechten Kammer, sondern auch in den linken Vorhof und in die linke Kammer gefunden. Bei dem nach beiden Seiten hin erleichterten Abfluss des Venenblutes musste dann die Vene plötzlich kollabiren.

Der Fall war auch noch dadurch von Interesse, dass sich ein frischer Embolus in der rechten Radialarterie fand, der bei dem Intaktsein des linken Herzens und der Körperarterien nur von einem Thrombus herrühren konnte, der im rechten Herzohr saß; der Embolus hatte demnach seinen Weg in die Arterie durch das Foramen ovale gefunden.

In einem zweiten Falle, in welchem eine Perikardialverwachsung

ausgeschlossen werden konnte, und eine relative Tricuspidalinsufficienz am meisten Wahrscheinlichkeit hatte, zeigte sich ebenfalls das besprochene Phänomen.

Seifert (Würzburg).

---

7. **Eulau** (Büdingen). Die Beziehungen des Herzshocks zur Mamillarlinie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Verf. wendet sich gegen einen Theil der bis jetzt allgemein gebräuchlichen Projektionslinien, speciell gegen die Mamillarlinie, da die Mamilla bei ihrer Verschieblichkeit und Ortsveränderung wie sie besonders bei den Frauen sich zeigt, nicht als fixer Punkt zur Herstellung einer Grenzlinie benutzt werden könne. Er empfiehlt vielmehr eine Linie zur Bestimmung der Lage des Herzshocks zu wählen, welche von der Mitte der Clavicula parallel der Sternallinie gezogen werden soll. Diese als »Clavicularlinie« bezeichnete Linie wird in der Weise gefunden, dass bei horizontal erhobenem Arm die Länge der Clavicula gemessen und die Hälfte dieser Länge auf die Clavicula projicirt wird, so dass von diesem Projektionspunkte aus die Clavicularlinie gezogen werden kann. Den Werth dieser Linie glaubt E. darin gefunden zu haben, dass bei Männern, bei denen der Sitz der Mamilla konstanter ist, als bei Weibern, die Linea clavicularis mit der Linea mamillaris häufig übereinstimmte. Aus den an einer Reihe von gesunden Individuen gemachten Messungen geht hervor, dass der Herzshock in der Rückenlage des zu Untersuchenden nicht den zwischen Clavicular- und Parasternallinie gelegenen Theil des fünften linken Interkostalraums überschreitet.

Seifert (Würzburg).

---

8. **Germain Sée.** Diagnostic des phthisies douteuses par les bacilles des crachats.

(Separatabzug aus dem Bull. de l'acad. de méd. 1883. 24 S.)
Paris, **Delahaye** et **Lecrosnier,** 1883.

S. ist durch eigene Untersuchungen zum begeisterten Anhänger der Bacillenlehre in der Phthise geworden und hat, die erste ausführlichere klinische Mittheilung in Frankreich, in einem Vortrage der Akademie das bereits von so vielen Seiten Geleistete mitgetheilt und es durch eine Anzahl eigener, in bestimmter Richtung angestellter Beobachtungen vermehrt. Es galt ihm, nun einmal der hohe diagnostische Werth der Bacillenbefunde im Sputum feststeht, eine Anzahl bisher nicht ganz sicher erkennbarer Phthisisformen mittels des neuen diagnostischen Hilfsmittels der Untersuchung zu unterziehen. Unter »Phthisies douteuses« fasst S. die folgenden Krankheitsbilder zusammen: 1) Latente Phthise; verräth sich nur durch funktionelle Störungen des Respirationsapparates, wie Husten und Hämoptoe, geht manchmal schon mit Fieber und Abmagerung einher, bietet aber

durchaus keinen physikalischen Befund. Von den mitgetheilten Fällen ist namentlich einer, der unter dem Bilde einer akuten Grippe einherging, interessant. Unter den latenten Phthisen wird auch die Miliartuberkulose der Lunge angeführt. 2) Larvirte oder anomale Phthisen; Krankheitsformen, die zunächst als Pneumonie, Bronchitis, Pleuritis imponiren können, die sich aber sofort durch den Bacillenbefund, später natürlich auch durch den Verlauf als tuberkulöse Erkrankungen legitimiren. 3) Pseudophthisen; andere Krankheiten, die Syphilis der Lunge, Bronchektasien, das Asthma chronicum (Sée), die chronische Bronchitis, die Lungenerkrankung bei Diabetes können für Phthise gehalten werden. Kurz mitgetheilte lehrreiche Fälle illustriren auch diesen Theil der Abhandlung, zeigen, dass die Differentialdiagnose, bedient man sich nur der Bacillenuntersuchung, leicht und sicher zu stellen ist.

Es gelingt also mittels der neuen Forschungsmethode, zu dieser Ansicht kommt auch S., nicht nur die evidente Krankheit zu erkennen, sondern auch, und um das zu zeigen ist die Untersuchung angestellt, allen anderen physikalischen Untersuchungsmethoden voraus die Krankheit mitten im Beginn oder unter der Maske einer anderen Affektion aufzufinden. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

9. **Henoch.** Über Chorea.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 52.)

In erster Linie schildert H. in seinem Vortrage (gehalten in der Berliner med. Gesellschaft) 2 Fälle von Chorea electrica, die durch Galvanisation geheilt wurden und einen weiteren Fall, in welchem sich die blitzartigen Zuckungen der Chorea electrica mit den eigentlichen choreaartigen Bewegungen kombinirten, in diesem letzteren Falle war jede Behandlung total unwirksam.

Des Weiteren schildert H. einige Fälle, bei denen als Quelle der Choreabewegungen eine Reizung des noch unbekannten Koordinationscentrums im Gehirn anzusehen ist, also Fälle von sogenannter symptomatischer Chorea, wie sie in Folge von Tuberkulose des Gehirns und von tuberkulöser Meningitis auftreten. Da es sich gerade in solchen Fällen meistens um partielle Chorea handelt, so müssen derartige Formen, wenn auch die Diagnose einer Centralaffektion noch nicht sicher steht, immer ernster genommen werden, als die allgemeinen Formen. Als Beispiel für eine weitere Form (Chorea hysterica), die von der gewöhnlichen Chorea minor unterschieden werden muss, beschreibt H. ausführlich die Geschichte eines 11jährigen Mädchens mit partiellen Choreabewegungen und Hemianästhesie, bei dem sich unter Anwendung des faradischen Pinsels auf die anästhetischen Partien auch die eigenthümliche Erscheinung des Transfert zeigte. Bei Besprechung der Chorea minor geht H. speciell auf die Frage über den Sitz der Chorea ein und wendet sich gegen die schon mehrfach ausgesprochene Ansicht, dass die Choreabewegungen

vom Rückenmark ausgehen. Die Wirkung des Chlorals sowohl spricht für den Sitz der Chorea im Gehirn, als eine Reihe von anderen Momenten, zu welchen gehören: die Veränderung des psychischen Wesens, die lamentable Stimmung, die Reizbarkeit, welche sich bis zu Hallucinationen, Exstasen und Delirien steigern kann, die häufige Form der Hemichorea, die Betheiligung des Facialis, der unverkennbare Einfluss psychischer Einwirkungen.

Was die Ursachen der Chorea anlangt, so sollen hier nur die Anschauungen des Vortr. über den Zusammenhang derselben mit Rheumatismus und der rheumatischen Endokarditis berührt werden. Nach ihm hat das Herz nichts mit der Chorea zu thun und zwar allein schon aus dem Grunde, weil die Herzerkrankungen in allen Fällen vorhanden sein müssten, in welchen Chorea nach Rheumatismus entsteht. Möglicherweise ist es der rheumatische Process selbst, mag er nun im Blute oder in den Nerven sitzen, der die Chorea erzeugt.

Seifert (Würzburg).

---

10. O. Silbermann (Breslau). Über septische Pneumonie der Neugeborenen und Säuglinge.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Nach Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur und Mittheilung vier neuer Beobachtungen (von sämmtlichen Fällen, die tödlich verliefen, kamen drei zur Sektion) gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen.

Die septische Pneumonie der Neugeborenen beginnt mit Tracheo-Bronchitis und ist als katarrhalische Fremdkörper-Pneumonie aufzufassen; sie entsteht durch Aspiration zersetzten Fruchtwassers oder Genitalsekrets (oder durch Einathmung inficirter Luft), ist häufig mit Erkrankungen der Pleura, selten mit solchen anderer Organe verbunden — im Gegensatz zu den sonstigen septischen Processen bei Säuglingen, die meist durch das Auftreten multipler Herde ausgezeichnet sind. In den Alveolen und Bronchien finden sich außer Blutkörperchen und Epithelzellen auch Bakterienmassen. Das Blut zeigt (intra vitam untersucht) besonderen Reichthum an weißen Blutzellen; die rothen sind in starker Zerbröckelung und Auflösung begriffen. Ikterus ist keine konstante Erscheinung. Die Erkrankung beginnt am 1. oder 2. Tage post partum und endigt bereits am 3. oder 4. Tage letal. Das rasche Eindringen septischer Stoffe in die Lungen Neugeborener wird begünstigt durch den mangelhaften Glottisverschluss und durch die Kürze der Haupt- und Nebenbronchien. Die große Ausbreitung des septischen Processes in den Lungen wird befördert durch den lebhaften Epithelwechsel und die Enge der feinsten Bronchien, so wie durch die wegen schwacher Athmungsmuskulatur nur schwache Exspiration der Neugeborenen.

Die klinischen Erscheinungen des Processes sind: mehr oder

minder hohes Fieber, bedeutende Steigerung der Respirationsfrequenz und die entsprechenden physikalischen Erscheinungen an den Lungen.

Küssner (Halle a/S.).

---

11. **Franz Müller** (Graz). Diagnose und Therapie der Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung des Initialstadiums.

(Centralblatt f. d. gesammte Therapie 1884. II. Jahrg. Hft. 1.)

Nach einer tabellarischen Übersicht der diagnostisch wichtigsten Symptome und speciell der Anfangssymptome der Tabes (differentielle Diagnose der tabischen und der rheumatischen Schmerzen, der diphtheritischen und traumatischen Accommodationslähmung gegenüber der tabischen) giebt Verf. eine kurze Darstellung der Therapie.

A. Allgemeine gegen die Krankheit selbst gerichtete Behandlungsmethoden. Mit dem Argent. nitric. verbindet M. gewöhnlich Extract. secal. cornuti. (Auf die eventuelle Bedenklichkeit des längeren ununterbrochenen Gebrauchs dieses Mittels bei Tabes wäre nach Grastet's Mittheilung aufmerksam zu machen nicht überflüssig.)

Antisyphilitische Behandlung erklärt M. nur dann für indicirt, wenn noch manifeste Symptome sekundärer Syphilis vorhanden sind. Dann aber Schmierkur und große Dosen Jodkali. Sonst hat M. (wie Ref. und wahrscheinlich mancher Andere) von der Schmierkur bei Tabes, auch mit syphilitischer Vorgeschichte, mehrmals Schaden gesehen. Die elektrotherapeutischen Methoden M.'s stimmen im Wesentlichen mit den üblichen überein. Eben so die hydrotherapeutischen und balneotherapeutischen Grundsätze mit den heut zu Tage geltenden.

B. Behandlung der Einzelsymptome. Ob Verf. von der empfohlenen stabilen Anodenbehandlung des Epigastrium, oder dessen starker faradischer Pinselung, oder der Bulbärgalvanisation bei den gastrischen Krisen Erfolge gesehen hat, theilt er leider nicht nicht. Nach der Erfahrung des Ref. sind bei dieser Komplikation subkutane Morphininjektionen ziemlich das einzige wirksame Mittel. Dass die Sehnervenatrophie in der Regel durch die Therapie mit aufgehalten wird, ist allerdings wahr, indessen verdient doch die kombinirte Behandlung, Galvanisation der Augen mit Strychnininjektionen, Erwähnung, da man dadurch zweifellos in früheren Stadien Stillstand oder langsameres Fortschreiten des Processes erreichen kann. Neuerdings ist von Galezowski in Paris die subkutane Injektion von Kaliumgoldcyanur gegen die tabische Sehnervenatrophie empfohlen: ob der in einem Fall erreichte günstige Effekt angedauert, ist bis jetzt nicht bekannt. Gegen die Blasenschwäche dürften doch Strychnininjektionen wirksamer sein, als die Tinktur Nux vomicae. Überhaupt verdient das Strychnin in subkutaner Anwendung nach Eulenburg's Empfehlung wieder in der Therapie der Tabes in weiterem Umfang eingeführt zu werden.

Eisenlohr (Hamburg).

---

12. L. Philip. Contribution à l'étude du Béribéri chez les Annamites.

Thèse de Paris 1883.

Verf. hat als Arzt der französischen Gesandtschaft in Hué unter den Zöglingen eines neuerbauten geistlichen Seminars eine Epidemie von Beriberi beobachtet und sich bemüht, den Zusammenhang letzterer mit klimatisch-meteorologischen Verhältnissen, so wie mit Eigenthümlichkeiten der Ernährung und Lebensweise nachzuweisen. Er hat zu diesem Zwecke genaue meteorologische Erhebungen vom Monat August 1882 an bis Ende März 1883 angestellt, die eine Reihe von bezüglichen Daten enthalten: barometrische Mittel, Maxima und Minima, Temperaturgrade und Schwankungen, Feuchtigkeitsgehalt der Luft, Regenmenge, Windrichtungen, Ozongehalt, Stürme und Überschwemmungen.

Es geht aus diesen Beobachtungen hervor, dass die Beriberiepidemie mit Eintritt der kühlen und feuchten Zeit begann, im December, dass eine Recondescenz der Epidemie, resp. neue Erkrankungsfälle unter denselben Witterungsverhältnissen, im März, statt hatten. Die Form der Erkrankung war in der Hauptsache die ödematöse, doch kamen auch anästhetische und leichte paretische Symptome zur Beobachtung. Als wesentlich unterstützendes Moment mussten bei den sonst durchweg kräftigen Konstitutionen der Erkrankten ungünstige hygienische Verhältnisse, stickstoffarme Nahrung, Feuchtigkeit der Wohnräume, mangelnde Bewegung etc. betrachtet werden. Eine Verbesserung dieser Verhältnisse, Transferirung der Zöglinge in ihre heimatlichen Wohnungen, ein roborirendes Regime, dann aber auch Eintritt günstigerer meteorologischer Einflüsse hatten in fast allen Fällen rasche Besserung zur Folge. **Eisenlohr** (Hamburg).

---

13. Henri Burel. Étude sur l'étiologie et la pathogénie du Béribéri.

Thèse de Paris 1883.

Die Schlussfolgerungen, zu denen der Verf. bezüglich der Ätiologie und Pathogenie des Beriberi kommt, sind: Das Beriberi ist eine konstitutionelle Dystrophie durch Sauerstoffmangel des Blutes in erster Linie, fettige Degeneration fast sämmtlicher Organe und besonders des Herzens in zweiter Linie verursacht. Die Anoxhämie und die fettige Degeneration der Gewebe bringt Verf. in Zusammenhang mit der hohen Temperatur und der excessiven Feuchtigkeit der Gegenden, in denen das Beriberi vorkommt. Schlecht ventilirte Aufenthaltsräume, Mangel an Luft und ungenügende Nahrung wirken als mächtige unterstützende Momente.

Die Hauptsymptome des Beriberi, die beiden Formen der Krankheit, die paralytische und hydropische Form erklärt Verf. aus der

Degeneration der Muskeln und des Herzens; letztere ist auch die Ursache der foudroyanten Form des Beriberi. Die Panneuritis »des docteurs japonais« Scheube und Bältz ist nach Ansicht des Verf. nichts Anderes als Theilerscheinung der von ihm nach anderen Autoren geschilderten fettigen Degeneration der Gewebe.

Eisenlohr (Hamburg).

---

14. **Proust.** Du lathyrisme médullaire spasmodique.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1883. No. 27. 28. 29. Séance du 3. 10. 17. juillet.)

15. **P. Marie.** Lathyrisme et Béribéri.

(Progr. méd. 1883. No. 43.)

In der Sitzung der Académie de médecine vom 3. Juli 1883 machte P. Mittheilung über eine von ihm beobachtete Affektion, die epidemisch in einem bestimmten Bezirk der Kabylie (Algier) sich zeigte. Die Symptome waren in ausgesprochener Weise die einer Rückenmarkserkrankung: Beginn (öfter im Anschluss an eine Erkältung) mit Schmerzen in der Lendengegend, in den unteren, zuweilen auch in den oberen Extremitäten, ziemlich plötzlich auftretende Paralyse oder Parese der unteren Extremitäten, mit oder ohne Anästhesie, konstant Incontinentia urinae und Impotenz. Später Besserung der Parese, Wiederherstellung der Gehfähigkeit, dann das ausgeprägte Bild der spastischen Spinalparalyse, der Tabes dorsalis spasmodica, Muskelkontrakturen, charakteristischer Gang auf den Fußspitzen, Steigerung des Kniephänomens und Erscheinen des Fußphänomens. Sensibilitätsstörungen traten zurück, Blasen- und sexuelle Störungen gleichfalls. Vollkommene oder theilweise Heilung ist Regel. Autoptische Befunde fehlen noch. P. führt die Affektion zurück auf eine Myelitis transversa oder Hämorrhagie des Rückenmarks mit sekundärer Seitenstrangdegeneration. Das Alter der betreffenden Kranken schwankte zwischen 4 und 50 Jahren; das männliche Geschlecht überwog ganz eminent; fast ausschließlich Arme wurden betroffen. Das wichtigste ätiologische Moment ist nach P. der Genuss einer oder mehrerer Leguminosen, wesentlich der Gattung Lathyrus, die in schlechten Erntejahren dem Getreide zugemischt werden; wie es scheint spielt die Species Lathyrus cicera die Hauptrolle. P. belegt die betreffende Erkrankung mit dem Namen: Lathyrisme médullaire spasmodique.

Die Diskussion drehte sich einmal um die von Le Roy de Méricourt aufgeworfene Frage der Identität des Lathyrismus mit der Beriberi, wenigstens deren paralytischer Form, für welche Identität derselbe Beweise beizubringen sich bemühte.

Dann wurden besonders von Bouley in ausführlicher Weise Thatsachen aus der Veterinärmedicin aufgeführt, die wenigstens gewisse Analogien nachweisen zwischen den Intoxikationserscheinungen nach Fütterung mit den betreffenden Leguminosen bei Thieren und der Erkrankung beim Menschen. Ferner wurden die botanischen Details der betreffenden Pflanzen einer genaueren Erörterung unterzogen (von P. und Lunier).

Die deutschen Arbeiten über Beriberi von Bältz und Scheube wurden in der Diskussion nicht erwähnt.

Wesentlich sich stützend auf die Schilderung der Beriberi durch B. Scheube einerseits, auf die Beschreibung derselben Epidemie von Lathyrismus, die P. beobachtet hatte, durch Bouchard andererseits hebt P. Marie in dem oben genannten Artikel des Progrès médicale die wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Affektionen hervor. Dort — bei der Beriberi — schlaffe Lähmung oder Parese mit Muskelatrophien, paralytischer Gang, häufiger Verlust der Patellarreflexe, niemals Steigerung, öfter trophische Störungen der Haut. Hier, beim Lathyrismus, spasmodische Lähmung, Muskelkontrakturen, spastischer Gang, Steigerung der Sehnenreflexe, Fußphänomen, keine trophischen Störungen der Haut. Analog sind bei beiden Affektionen nur die Störungen der Harnentleerung und der sexuellen Funktionen.

Abgesehen von der Natur und den Ursachen des Lathyrismus und der Beriberi, schließt M., ist das klinische Bild beider Affektionen zu verschieden, als dass man eine Analogie zwischen beiden zulassen könnte.

Eisenlohr (Hamburg).

---

16. **J. Purjesz.** Therapeutisches Recepttaschenbuch für venerische Krankheiten.

Stuttgart, **F. Enke,** 1883. 96 S.

Verf. hat sich »die Aufgabe gestellt, dem ärztlichen Publikum die heut zu Tage bei den einzelnen Formen venerischer Erkrankung zweckdienlichen Arzneiverordnungen gruppirt vorzulegen«, dabei nur die Mittel von erprobtem Heilwerth aufzunehmen getrachtet. Das Büchelchen ist ein therapeutischer Rathgeber für die Krankheitsformen des Trippers, des weichen Schankers und der Syphilis, deren mannigfache Unterabtheilungen mit klinisch-praktischen Vorbemerkungen zu den (369) Recepten versehen sind. Ref., der kein Freund von solchen allzupraktischen »Notizen«, gewissermaßen Extrakten von Kompendien ist, kann andererseits nicht umhin anzuerkennen, dass es dem Verf. gelungen ist, auf den beschränkten Platz von einigen Seiten wenigstens die wichtigsten Grundzüge in klarer Fassung und richtiger Darstellung unterzubringen, wobei von einigen Irrungen (wie die Behauptung, dass das Tripperkontagium »bisher noch nicht genügend erkannt« worden, der weibliche Tripper »viel seltener« in der Harnröhre, als in der Scheide, im Uterus und der Vulva angetroffen würde etc.) abgesehen wird. Die Verordnungen selbst sind im Original einzusehen. Eine erhebliche Reduktion der immer noch überreichen Auswahl dürfte der zweiten Auflage nicht zum Schaden gereichen. Den Löslichkeitsverhältnissen der Salicylsäure ist nicht immer Rechnung getragen worden; Thymol und Resorcin fehlen. Die Ausstattung ist eine sehr gute.

Fürbringer (Jena).

17. H. Lawrence. Über die Entstehung des Abdominaltyphus durch Viehdünger in der Kapkolonie.

(Lancet 1883. II. p. 984.)

Fall 1. In einer Gefangenenstation auf den Hügeln des Kaplandes, meilenweit von jeder menschlichen Wohnung, wurde ein isolirter Fall von Abdominaltyphus (Sektion!) bei einem Buschmann beobachtet. Nie war vorher in dieser frei auf Bergen gelegenen Baracke die Krankheit aufgetreten, auf 50 Meilen in die Runde gab es keinen Typhusfall. Täglich wurde in den Gefangenenräumen der Boden mit Viehdünger bestreut.

Fall 2. Auf einer isolirten Farm des Kaplandes beobachteter Fall von Abdominaltyphus. Das Trinkwasser durch Dünger verunreinigt.

Fälle 3, 4, 5, 6, 7 traten in zwei von einander etwas getrennten Häusern eines Dorfes im Kapland, in dem seit Jahren kein Typhus gewesen war, auf. Importation war in keiner Weise nachzuweisen. Ein Umstand war aber beiden Häusern, und nur diesen beiden, gemein. Zwischen dem Haus und dem Wasser lag der Viehhof. Pfützen stinkenden Wassers in den »Kraals« verpesteten die Luft. Im Ort kamen zu dieser Zeit keine weiteren Fälle mehr vor.

Fall 8. In einer Farm, 4—5 Meilen von jeder menschlichen Behausung, erkrankt eine junge Frau, die seit langer Zeit das Haus nicht verlassen hatte, an Typhus. Auch hier war die Verunreinigung des Wassers durch Mist nachzuweisen.

Fälle 9, 10, 11. Sechs gesunde Menschen reisten in einem Wagen, der von 16 Ochsen gezogen wurde, ab und blieben 8 Tage auf der Reise. Zwei Tage nach der Rückkehr erkrankten alle, an verschiedenen Orten, am Typhus. Verf. konnte in Erfahrung bringen dass sie, von Wassermangel getrieben, eines Tages aus einer stagnirenden Viehtränke ihren Durst gelöscht hatten.

Fälle 12 und 13 betreffen Mutter und Sohn, die, entfernt von der Möglichkeit einer Ansteckung, an Typhus erkrankten. Weit und breit war kein Haus; nur ein fußhoch mit Mist gefüllter Stall grenzte an das Wohngebäude.

Verf. begleitet diese äußerst interessanten kasuistischen Mittheilungen mit Bemerkungen zur Sanitätspolizei, namentlich über die Möglichkeit der Verunreinigung der Milch mit Viehdünger.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

18. Ch. Green. Ausbruch von Typhus in Gateshead, nachweislich durch Milchverunreinigung entstanden.

(Lancet 1883. II. p. 986.)

G., der Sanitätsbeamte des Ortes Gateshead-on-Tyne, schildert eine Typhusepidemie, die in verschiedenen Stadttheilen ausbrach. Im Ganzen waren 44 Menschen in 30 Häusern erkrankt. Alle hatten

von der gleichen Quelle ihre Milch bezogen. Diese Milch war von einer Frau gemolken, die gleichzeitig ihr typhuskrankes Kind pflegte. Nachdem ihr der Milchverkauf untersagt worden war, kam kein weiterer Fall von Typhus mehr vor. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

19. **Demuth** (Frankenthal). Die Kontagiosität der Tuberkulose mit Beiträgen aus der Praxis pfälzischer Ärzte.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 44—46.)

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung über die Lehren von der Infektiosität der Tuberkulose kommt D. in seinem Vortrage auf Grund der neuesten Untersuchungen zu der Schlussfolgerung, dass die verschiedenen tuberkulösen Processe beim Menschen und beim Thiere in ätiologischer Beziehung identisch sind, dass sie alle nur verschiedene Erscheinungsformen einer einzigen gemeinsamen Ursache sind, des von R. Koch entdeckten Tuberkelbacillus.

Bei der Frage, wie dieses Tuberkelvirus in den Körper gelange und wie es sich in demselben verbreite, muss vor Allem die erbliche Übertragung der Tuberkulose beleuchtet werden. Nach der Meinung D.'s können wir bei der Tuberkulose eine Vererbung ausschließen, müssen aber auf die angeborene Disposition oder vielmehr Anlage zur Disposition Gewicht legen. Als durch Samen- und Eizelle vermittelte kontinuirliche Fortsetzung des Vererbenden wiederholt das neue Individuum alle aus humoralen und morphologischen Zuständen desselben resultirenden Eigenschaften. Zu diesen gehört die Art und Weise, wie das neue Individuum gegen Schädlichkeiten reagirt. Worin das Wesen dieser ererbten Disposition liegt, können wir bis jetzt noch nicht definiren, einstweilen werden wir sie als den geeignet präparirten Nährboden ansehen müssen, auf dem der Tuberkelbacillus mit Erfolg den Kampf bestehen kann.

Sehr interessant und werthvoll sind die Beiträge, welche die Pfälzer Kollegen zur Lehre von der Kontagiosität der Tuberkulose bringen, von denen nur einer als Paradigma kurz hier angeführt werden soll: Ein 37jähriger Mann erkrankt 1877 an Phthise und stirbt 1880, seine immer gesund gewesene Frau, aus tuberkulosefreier Familie stammend, pflegt ihn, erkrankt 1880 und stirbt 1881. Derartige Beispiele werden in größerer Anzahl aufgeführt.

Seifert (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

20. **O. Macini.** Dei rapporti dell' asma con alcune malattie del naso.

(Gazz. d. osp. 1883. No. 77—79.)

M. theilt 3 Beobachtungen mit, bei denen er einen Zusammenhang asthmatischer Beschwerden mit pathologischen Veränderungen der Nasenschleimhaut zu statuiren glaubte. In dem ersten Fall handelt es sich um eine 40jährige — abge-

sehen von einem geringen Emphysem und Bronchialkatarrh — gesunde Frau, die seit 2 Jahren an Verstopfung der Nase litt. In Folge dessen ist sie genöthigt stets mit offenem Munde zu athmen und bekommt besonders bei Nacht wiederholte Athembeschwerden, »wahre asthmatische Anfälle«. Die Untersuchung der Nase ergiebt starke Schwellung und Hypertrophie der Schleimhaut. Verstopfung der Nasenhöhlen mit Watte steigert die Athembeschwerden, dagegen gelingt es durch galvanokaustische Operation die Schwellung der Schleimhaut zu beseitigen und nicht bloß die Durchgängigkeit der Nasenhöhlen wieder herzustellen, sondern auch die Athembeschwerden in der erheblichsten Weise zu vermindern, so dass z. B. die Kranke die ganze Nacht hindurch ungestört schlafen kann. Der zweite Fall betrifft eine 34jährige Frau, deren rechte Nasenhöhle von massenhaften Polypen verstopft war und die zugleich an Athembeschwerden, Oppression etc. litt. Die Polypen wurden theils mit der einfachen Schlinge, theils galvanokaustisch entfernt und in dem Maße wie die Passage durch die Nase frei wurde, besserten sich die Respirationsbeschwerden, die schließlich völlig verschwanden. Der dritte Fall bezieht sich auf einen 40jährigen Mann, der von Jugend an an Athembeschwerden und häufigem Schnupfen litt. Es bestand Lungenemphysem und Bronchialkatarrh, so wie Verstopfung der Nase durch starke Schwellung der Schleimhaut. Die Athembeschwerden des Pat. hatten sich im Laufe der Zeit zu schweren asthmatischen Anfällen gesteigert, welche sich sehr erheblich besserten, sobald die Nase mittels Ätzung mit Arg. nitr. und später durch galvanokaustische Kauterisationen wieder durchgängig geworden war. M. erklärt die beobachteten asthmatischen Erscheinungen als reflektorische, indem bei dazu disponirten Personen ein peripherer Reiz spec. der Nasenschleimhaut im Stande ist auf dem Wege des Reflexes Erregungen der respiratorischen Äste des Vagus auszulösen. **Kayser** (Breslau).

21. **A. Olivier.** Note sur quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice.

(Union méd. 1883. No. 128.)

Nach 3jährigem Bestehen des Leidens traten bei einem Tabeskranken allmählich zunehmende Schweiße der Hohlhand und der Fußsohle auf, die jetzt außerordentlich abundant sind. Die betroffenen Hautpartien zeigen eine violettrothe Farbe. Fast zu gleicher Zeit entwickelte sich eine intensive Seborrhoe. Eine letzte, eigenthümliche vasomotorische Anomalie bestand darin, dass während die gesammte übrige Haut nach dem jedesmaligen Gebrauch eines Schwefelbades starke Hyperämie zeigte, die dem Verbreitungsgebiet der Ulnaris entsprechende Partie davon frei blieb und sich in einer deutlichen Demarkationslinie gegen die übrige Haut absetzte. **Strassmann** (Leipzig).

22. **Hayem et Gilbert.** De la symphyse cardiaque. Des insuffisances valvulaires qui peuvent en résulter.

(Union méd. 1883. No. 137, 140.)

Der beschriebene Fall betrifft eine vollständige perikardiale Verwachsung, in deren Gefolge es zu einer mächtigen Hypertrophie und Dilatation des Herzens gekommen war. Die Dilatation hatte eine relative Insufficienz sowohl der Mitralals der Aortenklappen bewirkt und zwar handelte es sich um einen der seltenen Fälle, in denen trotz des anorganischen Charakters der Mitralinsufficienz frémissement cataire besteht. Die vollständige Abwesenheit endokarditischer Veränderungen wurde durch die Sektion sichergestellt. **Strassmann** (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 8. **Sonnabend, den 23. Februar.** **1884.**

1. **Carl Voit.** Über die Ursachen der Fettablagerung im Thierkörper.

München, M. Rieger'sche Universitätsbuchhandlung, 1883.

Im Gegensatz zu älteren Anschauungen haben die neueren Stoffwechseluntersuchungen ergeben, dass das Fett im thierischen Organismus nicht nur herstammt aus dem in der Nahrung aufgenommenen Fett, sondern dass sich Fett auch aus Eiweiß und Kohlehydraten bilden kann, aus den Kohlehydraten aber wohl nur unter gewissen Bedingungen, besonders wenn sie mit der Nahrung dem Organismus in großen Mengen zugeführt werden. Indirekt befördern die Kohlehydrate die Fettablagerung, indem sie als leichter verbrennliche Substanzen das Fett vor der Zerstörung schützen.

Für gewöhnlich, wenn die aufgenommene Nahrung gerade ausreicht, um den Organismus auf seinem stofflichen Bestande zu erhalten, ward das aus dem Darm resorbirte, so wie das aus dem Eiweiß und möglicherweise aus den Kohlehydraten erzeugte Fett völlig zu Kohlensäure und Wasser verbrannt.

Ein Fettumsatz findet in allen Fällen nur dann statt, wenn die

Nahrungsaufnahme im Verhältnis zum Stoffverbrauch im Körper eine zu reichliche ist.

In Bezug auf die Fettbildung verhalten sich das in der Nahrung aufgenommene Fett, das Eiweiß und die Kohlehydrate verschieden. Nach den interessanten Untersuchungen von Rubner sind in dieser Hinsicht einander gleichwerthig

100 g Fett,
211 g Eiweiß,
232 g Stärkemehl,
234 g Rohrzucker,
256 g Traubenzucker.

Bei unserer gewöhnlichen Kost — Zufuhr von Fett und Kohlehydraten neben einer mäßigen Eiweißmenge — kann der Bedarf des Körpers leicht überschritten werden und Fettansatz sich einstellen.

Neben der Beschaffenheit der Nahrung kommen (aber erst in zweiter Linie) noch andere Einflüsse in Betracht, welche dadurch einen Fettansatz befördern, dass sie die Fähigkeit der Zellen Stoffe zu zersetzen verringern: zu reichlicher Alkoholgenuss, geringe Körperbewegung, Verminderung der Blutmenge u. A. m.

Die »Disposition« zum Fettwerden ist nach V. im Allgemeinen auf eine relativ zu reichliche Nahrungsaufnahme zurückzuführen.

Ein fetter Organismus braucht nach den Untersuchungen von Pettenkofer und V. um sich in seinem Bestande zu erhalten relativ wenig Eiweiß, dagegen reichlich Kohlehydrate. Vermindert man dagegen die Zufuhr von stickstofffreien Stoffen und giebt gleichzeitig mehr Eiweiß, so tritt neben Eiweißansatz mit seinen für die Funktion der Zellen heilsamen Folgen Fettabgabe ein.

Will man also einem Individuum das im Übermaß abgelagerte Fett entziehen, so muss in der Nahrung Eiweiß (fettfreies Fleisch) vorwiegen. Die stickstofffreien Nahrungsmittel (Fette und Kohlehydrate) sollen nicht entzogen werden. Mit Bezug auf diese hat man sich jedoch zu erinnern, dass dem Körper 2—3mal mehr Kohlehydrate als Fett zugemuthet werden können, ohne dass Fettansatz zu befürchten ist. Aus diesem Grunde lässt man also die Kohlehydrate vorwalten, zumal bei ihrer Anwendung eine größere Abwechslung in den Speisen sich herstellen lässt. Neben Regulirung der Nahrung lässt sich die Fettabgabe befördern durch Körperbewegung, wenig Schlaf, kalte Bäder, mäßig temperirte Wohnräume, nicht zu warme Kleidung etc.

V. diskutirt nun weiter die Frage, wie die bisher von den Ärzten geübten Methoden, die Fettleibigkeit zu mindern oder zu beseitigen, mit diesen aus den wissenschaftlichen Untersuchungen gewonnenen Folgerungen übereinstimmen.

Zunächst die Bantingkur.

Vergleicht man die Nahrungsstoffe, welche Banting (derselbe nahm im Verlauf eines Jahres um 46 Pfund Körpergewicht ab und verlor in diesem pro Tag etwa 52 g) selbst zu sich genommen mi

der eines kräftigen Arbeiters oder eines Wohlhabenden (Arzt), so ergiebt sich:

	Eiweiß	Fett	Kohlehydrat
Banting	172	8	81
kräftiger Arbeiter	118	56	500
Wohlhabender (Arzt)	127	89	362

»In ganz rationeller Weise nahm Banting viel Eiweiß auf, welches durch seinen Ansatz Körperfett zur Zersetzung zwingt und welches die Gefahr der Fettablagerung nur bei Aufnahme abnorm großer Mengen in sich schließt; er nahm ferner so wenig Fett und Kohlehydrate, dass die Zellen noch von dem Körperfett zerstören mussten. Außerdem trank er alkoholreiche Weine, täglich 4—7 Gläser starken Rothwein oder Xeres, um die etwas einförmige Diät genießbar zu machen; da der Alkohol durch Verringerung der Zersetzung zur Fettbildung beiträgt, so wäre es gewiss besser nur leichte Weißweine zu wählen.«

Die wiederholt beobachteten schlimmen Erfolge der Bantingkur sind nach V. auf ein zu schablonenmäßiges Verfahren zurückzuführen. »Man muss nach und nach die Gabe der stickstoffhaltigen Stoffe steigern, damit nicht zu viel Fett zu Verlust geht. Man darf auch nicht durch zu kleine Mengen von Fett und Kohlehydraten allzurasch das Fett zur Abnahme bringen, denn durch die Fettansammlung sind gewiss auch andere Veränderungen im Körper vor sich gegangen, welche nur allmählich ausgeglichen werden. Das, was im Laufe vieler Jahre entstanden ist, soll nicht in kurzer Zeit beseitigt werden.« Ist dem Organismus durch die Bantingkur reichlich Fett entzogen, so muss in der Nahrung die Menge stickstofffreier Substanz wieder etwas vermehrt werden; eine übermäßig lange Darreichung von zu eiweißreichen und an stickstofffreien Stoffen armer Nahrung würde zur Inanition und ihren Folgen führen.

Was nun die von Ebstein empfohlene Methode der Fettentziehung betrifft, so wendet sich V. vor Allem gegen die wissenschaftliche Begründung derselben, welche sich nicht in Übereinstimmung mit den oben angeführten experimentellen Untersuchungen befindet. Im Übrigen unterscheidet sich die Ebstein'sche Kur von der Banting's dadurch, dass Ebstein nur wenig Fett, reichlicher dagegen die Kohlehydrate der Nahrung entzieht ohne die Eiweißzufuhr zu vermehren.

	Eiweiß	Fett	Kohlehydrate
Ebstein	102	85	47
Banting	172	8	81
Wohlhabender (Arzt)	127	89	362

Dass Ebstein nicht mehr Eiweiß giebt, als der normale Mensch zur Erhaltung braucht, hält V. im Hinblick auf den durch den Ansatz desselben stattfindenden Vortheil für die Organe und auch auf die dadurch bewirkte Fettabgabe vom Körper für nicht geeignet.

Bei dem Ebstein'schen Verfahren ist der tägliche Verlust an Fett

geringer, so dass der Erfolg langsamer eintritt, was vielleicht nach dem früher Gesagten von Bedeutung ist; man vermag aber auch mit Kohlehydraten und nach Banting's Verfahren das Gleiche zu erreichen. Auf beide Weisen wird man die Kost so einrichten können, dass sie auf die Dauer zu genießen ist.

V. bestreitet der Ebstein'schen Diät durchaus nicht den Erfolg, sondern nur die Erklärung, welche ihr Urheber von ihrer Wirkung giebt.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. M. A. Chauveau. De l'inoculation préventive avec les cultures charbonneuses attenuées par la méthode des chauffages rapides.

(Compt. rend. de l'acad. des scienc. 1883. No. 23. Dec. 3.)

3. Derselbe. De la préparation et du mode d'emploi des cultures atténuées par le chauffage, pour servir aux inoculations préventives contre le charbon.

(Ibid. 1883. No. 25. Dec. 17.)

4. Derselbe. De la préparation en grandes masses des cultures atténuées par le chauffage rapide pour l'inoculation préventive du sang de rate.

(Ibid. 1884. No. 2. Jan. 14.)

In jüngster Zeit hat Ch. eine Reihe neuer Versuche über die Abschwächung des Milzbrandvirus publicirt, welcher Idee zu Grunde liegt, das in Rede stehende Verfahren zu einem für die Praxis leichter und sicherer verwerthbaren Hilfsmittel zu machen, als dies auf Grundlage der bekannten Pasteur'schen Arbeiten und Experimente bisher möglich war. Wenngleich diese Versuche noch in keiner Weise abgeschlossen sind und eine baldige Fortsetzung derselben in Aussicht gestellt ist, so sind doch die bereits vorliegenden Ergebnisse derart, dass ihre Besprechung an diesem Platze geboten erscheint.

Die Methode, nach welcher Ch. die Abschwächung der zu der Präventivimpfung dienenden Milzbrandkulturen bewirkt, unterscheidet sich in zweifacher Beziehung von dem durch Pasteur geübten Verfahren. Erstens wird der Vorgang der Erwärmung auf ein kürzeres Zeitmaß reducirt, es handelt sich so zu sagen um eine rapide Abschwächung, was wesentlich durch Anwendung höherer Temperaturgrade erzielt wird; sodann wird auf einmal und in einem und demselben Gefäß eine Quantität Impfstoff dargestellt, die zur Impfung von nicht weniger als 4—8000 Hammel ausreicht. Der bedeutende Vorzug, namentlich des letzteren Theils der Methode ist in die Augen springend, wenngleich die technischen Schwierigkeiten seiner Ausführung noch nicht überwunden und bis zur praktischen Durchführung noch wesentliche Vervollkommnungen nothwendig sind. Denn anscheinend nur auf diesem Wege wird es möglich sein, einen bislang

den Präventivimpfungen anhaftenden Hauptmangel zu beseitigen, nämlich die ungleiche Wirksamkeit der angewandten Vaccins, welche eben darauf beruht, dass dieselben bisher nur in getrennten kleineren Mengen auf einmal dargestellt werden konnten, wodurch eine der jedesmaligen Anwendung voraufzuschickende Prüfung auf ihre Wirksamkeit ausgeschlossen war.

Was zunächst den Abschwächungsmodus selbst betrifft, so zerfällt dieser in folgende Phasen. Erster Theil: a) Inficirung eines mit dünner Hühnerbouillon (1 Theil Fleisch auf 5 Theile Wasser) beschickten Kölbchens mit einem Tropfen frischen Milzbrandblutes vom Meerschweinchen. b) Dieses Kölbchen kommt behufs Entwicklung der sporenfreien Kultur auf 20 Stunden in einen Thermostaten, dessen Temperatur genau auf 43° gehalten wird. Die Entwicklung ist dabei öfters eine wenig reichliche, was indess der weiteren Verwerthung der Kultur keinen Abbruch thut. c) Hierauf wird die Kultur drei Stunden lang einer Temperatur von 47—49° ausgesetzt, wodurch zunächst eine mäßige Abschwächung derselben bewirkt wird, welche sich auf die von dieser Kultur aus anzulegenden Sekundärkulturen überträgt. — Hiermit ist der erste Theil der Operationen beendigt. Der zweite gestaltet sich folgendermaßen: a) Von der mäßig abgeschwächten Kultur wird durch Übertragung auf frisches Nährmaterial eine zweite angelegt, zu deren Entwicklung die betreffenden Kulturgefäße fünf Tage hindurch in eine Temperatur von 35—37° gebracht werden. Die resultirende Flüssigkeit wird von Ch. als liquide vaccinae bezeichnet. Aus den Fäden derselben entwickeln sich hierbei Sporen, welche, wie schon angedeutet, gleichfalls und zwar mäßig abgeschwächt sind, die nun aber b) zur weiteren und energischeren Mitigirung nach Ablauf des genannten Zeitraums eine Stunde lang auf 80—82° erhitzt werden. Diese Schlussphase des ganzen Modus procedendi ist von allergrößter Wichtigkeit, da selbst nur ein geringes zu viel oder zu wenig in dem Grade der Erwärmung den ganzen Erfolg in Frage zu stellen vermag. Bevor Ch. sich zur Herstellung der im Eingange bereits erwähnten Massenkulturen entschloss, wurde auch der zweite Theil der Operationen gleich dem ersten in kleineren Kulturgefäßen, den bekannten Matras Pasteur ausgeführt. Bezüglich der dabei zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln, welche sich namentlich auf die Dicke der Flüssigkeitsschicht in den Kölbchen beziehen, sei auf das Original verwiesen.

Es hat sich nun herausgestellt, dass die auf 80° erhitzte Sporenflüssigkeit wegen des hohen Grades von Abschwächung der in ihr enthaltenen Keime sich ganz vorzüglich als Ersatz des von Pasteur angewandten premier vaccin eignet, während die eigentliche Vaccinalflüssigkeit ihrer größeren Virulenz wegen einen passenden deuxième vaccin abgiebt. Bisweilen ist die Wirksamkeit des letzteren — trotz der 3stündigen Erwärmung auf 47° — noch so energisch, dass seine Anwendung eine abermalige kurze und leichte Erwärmung erfordert, ein Zufall, der sich übrigens nicht oft ereignet und jedenfalls im

Hinblick auf die großen Vorzüge, die ein kräftiger Impfstoff hinsichtlich der Sicherheit der Immunisirung gewährt, Ch. noch nicht veranlasst hat, diese doppelte Erwärmung zur Regel zu erheben. Die Impfung selbst geschieht nach dem Vorgange Pasteur's durch subkutane Injektion und zwar bei Hammeln an der äußeren Ohrseite oder der Innenfläche der Schenkel in der Dosis von 2 Tropfen, bei Rindern ausschließlich am Ohr in der Dosis von 4 Tropfen. Der Zeitraum zwischen der ersten und zweiten Impfung kann bis auf 20, vielleicht sogar 30 Tage ausgedehnt werden. Von 10 so geimpften Hammeln wurden 9 völlig immun, derart, dass sie selbst der Inokulation mit äußerst virulentem frischen Milzbrandblut widerstanden. Der zehnte erlag an schleichend verlaufendem Milzbrand; wie Ch. meint, nur desshalb, weil man einen zu langen Zeitraum zwischen der ersten und zweiten Impfung (zwei Monate) hatte verstreichen lassen. Weitere und in größerem Maßstabe auszuführende Versuche werden natürlich nöthig sein, um zu entscheiden, ob die neue Methode der Abschwächung die Pasteur'sche zu ersetzen vermag, resp. welche Vorzüge sie dieser gegenüber bietet.

Wir haben nunmehr noch über das Verfahren der Massenerzeugung des Impfstoffes zu berichten, dessen Vortheile schon oben von uns skizzirt worden sind. Die bezüglichen Experimente sind, wie die der voraufgegangenen Arbeiten, von Ch. in Gemeinschaft mit Wosnersenski ausgeführt worden. Im Wesentlichen kommt es bei dieser Produktion von großen Mengen Kulturflüssigkeit darauf an, einen kontinuirlichen Luftstrom durch dieselbe hindurch zu leiten, damit keine Stockung in der Entwicklung eintritt. Der erste Theil des Verfahrens unterscheidet sich in nichts von den ersten Operationen bei der so eben beschriebenen rapiden Abschwächungsmethode. Die Differenz beginnt erst im zweiten Theil. Nachdem nämlich das Kulturkölbchen aus dem Thermostaten von 47—49° entfernt worden ist, geschieht jetzt nicht die weitere Übertragung auf die kleinen nur 20 ccm Nährlösung enthaltenden Matras Pasteur, sondern auf einen großen Ballon von 1—2 Liter Inhalt, je nachdem man die genügende Menge von Impstoff für 4 oder 8000 Hammel auf einmal herstellen will. Dieser, bis auf $^5/_6$ seines Inhaltes mit sterilisirter Bouillon gefüllte gläserne Recipient besitzt einen dreifachen Tubus. Der mittlere ist mit einem bis auf den Boden des Gefäßes reichenden Rohr versehen, welches in seinem oberen Theile einen Watteverschluss trägt, und durch das die Luft in Form kleiner Bläschen in die Kulturflüssigkeit eintritt; der eine seitliche, gleichfalls mit Watte verschlossene, dient zur Verbindung mit dem den kontinuirlichen Lufteintritt vermittelnden Aspirator; der dritte Tubus endlich läuft in ein zuschmelzbares Glasrohr aus, durch das die Aussaat eingeführt und mittels dessen nach Beendigung des ganzen Processes die Flüssigkeit aus dem Recipienten entleert werden kann. Im Allgemeinen beträgt die Aussaatmenge 1 Tropfen auf 10 g Nährflüssigkeit oder 8 : 1600. Nachdem der Recipient präparirt ist, wird

er in den Thermostaten von 35—40° verbracht. Die durch die Flüssigkeit streichende Luftmenge beträgt 1—1½ Liter pro Stunde, was genügt, wenn außerdem noch Morgens und Abends vorsichtig der Ballon mit der Hand agitirt wird. Je mehr sich die Temperatur des Thermostaten 40° nähert, um so sicherer ist die Chance, eine genügende primäre Abschwächung zu erhalten. Die Entwicklung beginnt früher oder später. Manchmal ist sie nach 24 Stunden noch kaum sichtbar; alsdann aber bilden sich weiße flockige Wölkchen, wodurch die Flüssigkeit eine opalisirende milchige Beschaffenheit annimmt. Mit dem Fortschreiten der Kultur und der Sporenbildung weicht dieses Aussehen einer charakteristischen graugrünlichen Färbung. Trotz des kontinuirlichen Luftstromes senkt sich doch die Kultur in großer Massenhaftigkeit zu Boden, wesswegen die Flüssigkeit im Recipient öfter umgeschüttelt werden muss.

Macht man die mikroskopische Untersuchung dieser Kulturflüssigkeit, deren Entwicklung etwa in einer Woche mit der Bildung eines reichen Sporenmaterials beendigt ist, so findet man anfänglich die charakteristischen, in Gestalt facettirter Fäden an einander gereihten Stäbchen, welche, eben so wie in gewöhnlichen Kulturen, schließlich in ein Gewirr von Scheinfäden auswachsen. Vor der Sporenbildung zerfallen dieselben aber wieder in unregelmäßig gestaltete, kolbenartig angeschwollene Fragmente, die entweder frei oder in Massen zusammenliegen, in denen man die einzelnen Glieder nicht mehr deutlich unterscheiden kann. Die sich in diesen Gliedern nunmehr formirenden Sporen haben bisweilen ein von der Norm abweichendes Aussehen und zeichnen sich namentlich durch sehr differente Größe aus, in der Weise, dass einzelne von ihnen außerordentlich klein sind. Es ist, wie Ch. sagt, sicher, dass die Einwirkung der Hitze auf diese verschieden gestalteten Sporen und dem entsprechend auch ihre Abschwächung keine gleichmäßige ist, so dass es sich nicht empfiehlt, Kulturen mit einer derartigen Besonderheit der Sporenbildung zu den Präventivimpfungen zu benutzen.

Ein Vergleich der Wirksamkeit dieser großen, schließlich auf 80° erhitzten Kulturmassen mit gleichzeitig in kleinen Kölbchen hergestellten ergiebt nicht unerhebliche Differenzen, in so fern der Grad der Abschwächung bei den ersteren regelmäßig ein geringerer ist. Selbst nach der Erhitzung auf 80° betrug die Mortalität bei der Inokulation mit Flüssigkeit, die aus den Massenkulturen entnommen war, bei Hammeln noch $^1/_6$—$^1/_2$. Eben so ist es unmöglich die Massenkultur vor ihrer zweiten Mitigirung (i. e. der Erhitzung auf 80°) ohne Weiteres als deuxième vaccin zu gebrauchen; ihre Sporen müssen vielmehr zu dem Behufe vor der Impfung einer nochmaligen Erwärmung unterworfen werden, was bei dem der kleinen Kulturen (cf. oben) nicht immer nöthig ist. Auch vermag eine energischere Luftzufuhr die Abschwächung nicht zu verstärken. Da außerdem die kleinen Kulturen nie jene morphologischen Abnormitäten darbieten, wie die großen, und die Mitigirung bei ihnen eine gleichmäßigere

ist, so geht daraus hervor, dass das so sinnreich erdachte Verfahren der Herstellung größerer Mengen von Impfstoff auf dem Wege der Massenkultur bis jetzt noch der für seine praktische Verwerthung nöthigen Vollkommenheit ermangelt. Doch ist dies kaum im Stande die Bedeutung der obigen Untersuchungen herabzusetzen, in so fern dieselben mindestens den Weg andeuten, auf welchem die Forschung zur definitiven Lösung dieser für die Praxis wichtigen Fragen weiter fortzuschreiten hat. **A. Fraenkel** (Berlin).

---

5. Strauss, Roux, Thuillier et Nocard. Exposé des recherches sur le choléra en Égypte.

(Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. 1883. No. 33. p. 565.)

Die Mitglieder der französischen Cholerakommission erstatten in der vorliegenden Mittheilung einen vorläufigen Bericht an die Société de biologie. Am 15. August 1883 in Alexandrien gelandet, fanden sie die Epidemie in vollster Blüthe; sie haben 24 Sektionen ausgeführt (7 Männer, 17 Frauen). Die secirten Individuen standen meistens im Alter zwischen 20 und 35 Jahren und gehörten verschiedenen Nationalitäten an. 15 Fälle hatten rapide zum Tode geführt nach einer Krankheitsdauer von 10 Stunden bis 3 Tagen, neun Fälle hatten 4—15 Tage lang gedauert. Die Autopsie erfolgte stets sehr schnell nach Eintritt des Todes.

In Bezug auf die pathologische Anatomie der Cholera finden nur die älteren, bekannten Angaben Bestätigung; hervorgehoben wird das reichliche Vorhandensein der Cerebrospinalflüssigkeit, das mit der sonstigen Austrocknung des Körpers stark kontrastirt. Im Darminhalt und in den Darmwandungen konstatirten die Verff. durch Färbung mit einer schwachen wässrigen Lösung von Methylenblau die Anwesenheit von Mikroorganismen verschiedener Art, meist Bacillen. Sie heben besonders einen Bacillus hervor, der im Aussehen dem der Tuberkulose ähnelt; sie glauben, dass Koch in seinem bekannten Bericht diesen Bacillus gemeint habe und geneigt sei, denselben als charakteristisch für die Cholera zu betrachten. Die Verff. bestreiten diese Anschauung (die übrigens von Koch noch gar nicht ausgesprochen worden ist, Ref.), weil der betreffende Bacillus kein konstanter Befund in Choleraleichen sei, sondern gerade in den rapide verlaufenen Fällen trotz sorgfältigsten Nachsuchens nicht zu finden war. Die Verff. betrachten daher den Bacillengehalt der Darmwand als das Resultat einer sekundären Invasion von den Darmflüssigkeiten aus. Leber, Milz und Nieren zeigten sich frei von Mikroorganismen. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigte die rothen Blutkörperchen blass, nicht an einander haftend, die farblosen vermehrt, mit glänzenden Körnchen erfüllt. Bei allen 24 Leichen fanden sich im Serum, zwischen den Blutkörperchen, kleine, sehr blasse, leicht in die Länge gezogene, anscheinend in der Mitte eingedrückte Körperchen. Am zahlreichsten waren sie in den großen Unterleibsvenen,

aber auch sehr reichlich im Herzblut nachweisbar. Dieselben haben ein außerordentlich schwaches Lichtbrechungsvermögen und färben sich schlecht mit Anilin, so dass sie schwer zu sehen sind. Lässt man eine Blutprobe 24—48 Stunden bei 38° C. stehen, so findet man die Körperchen vermehrt und theilweise zu drei und vier in Form kleiner Kettchen angeordnet. Zum Beweise dessen, dass es sich hierbei um Mikroorganismen handelt, wurden Züchtungsversuche auf den verschiedensten Nährböden angestellt. Dieselben ergaben aber bisher ein durchaus negatives Resultat; eben so scheiterten alle Versuche, bei den verschiedensten Thieren durch Injektion von Cholerastühlen von Erbrochenem, von Organtheilen und von Blut Cholerakranker die Cholera zu erzeugen. **G. Kempner** (Berlin).

---

6. **Luigi M. Petrone.** Sulla scoverta dell' infezione nel morbo di Werlhof.

(Rivista clinica 1883. Fasc. 7. Juli.)

Über die Experimente, welche P. dazu führten den Skorbut als Infektionskrankheit aufzufassen, ist in diesem Centralblatte 1883, p. 341 referirt worden; in gleicher Weise sucht P. nun in vorliegender Arbeit den Nachweis zu führen, dass auch der Morbus maculosus Werlhofii auf einer Infektion durch specifische Mikroorganismen beruht.

Blut von zwei an dieser Krankheit leidenden Individuen wurde Kaninchen subkuatn injicirt; am 4. oder 5. Tage getödtet (eins der Versuchsthiere starb am 3. Tage), zeigten dieselben bei der Sektion: Hämorrhagien der Dura mater an der Basis cerebri, Hämorrhagien der Pleura und des Peritoneum, der Lunge, Leber, Nieren, Milz, Körpermuskulatur, des subkutanen Bindegewebes (namentlich der Ohren und des Rückens). Auch von Kaninchen auf Kaninchen ließ sich die Erkrankung übertragen. Das Blut der erkrankten Menschen zeigte Vermehrung der weißen Blutkörperchen, so wie kleine ovale Mikrokokken und Bacillen(?), isolirt sowohl, wie in Gruppen vereinigt. Dieselben Mikroorganismen waren auch im Blute der inficirten Thiere nachzuweisen.

P. glaubt aus diesen Ergebnissen entnehmen zu können, dass zum mindesten gewisse Fälle (die beiden obigen Fälle endigten mit Fiebererscheinungen, der eine der Pat. erlag der Krankheit) von Morbus maculosus eine Infektionskrankheit darstellen; ob alle, wagt er noch nicht zu entscheiden. Übrigens erhielt er auch ähnliche Hämorrhagien bei der Injektion von Blut eines an Purpura simplex erkrankten Individuums.

Für die Therapie folgert P. als rationell die Anwendung der Antiparasitaria und des Terpentinöls, des Natrium salicylicum, des Kali hypermanganicum, der Karbolsäure etc.

(Es ist zu bedauern, dass Verf. nicht den Versuch gemacht, die

von ihm im Blute der Menschen und Thiere gefundenen Mikroorganismen in Reinkulturen zu züchten und diese Reinkulturen zu Impfungs- resp. Injektionsversuchen zu benutzen. Seine Versuche würden dann jedenfalls, im Falle positiven Erfolgs, mit größerer Sicherheit zu Schlüssen berechtigen. Es ist dies um so mehr zu bedauern, da das Vorkommen von zweierlei Organismen (Mikrokokken und Bakterien) im Blute, die Richtigkeit des Befundes vorausgesetzt, sicher sehr auffallend ist und derartige Versuche, gerade bei diesem Befunde angestellt, vielleicht im Stande gewesen wären, bis dato noch streitige Fragen über das Verhalten verschiedener Formen von Schizomyceten zu einander zur Entscheidung zu bringen.

Freudenberg (Berlin).

---

7. **Al. James.** Arelate Clonus in relation to the height of the individual.

(Edinb. med. journ. 1883. Juni.)

J. machte die Beobachtung, dass der Reflexklonus an den verschiedenen Körperstellen verschieden schnell eintritt. Am frühesten stellt sich Kopfklonus ein, dann folgen nach einander Ellenbogen, Knie und Fuß. Diese Reihenfolge fachte in dem Verf. die Vermuthung an, dass der Reflexklonus um so später sich zeigt, je größer die Entfernung der gereizten Muskeln von den spinalen Centren beträgt. Dem entsprechend glaubte er, dass sich an gleichen Stellen Verschiedenheiten der Zeit bei verschieden großen Personen ergeben würden. Da nun bei der Körperlänge namentlich differente Länge der Beine in Betracht kommt, so wählte Verf. um deutliche Differenzen zu erhalten, den Fußklonus. Studenten waren meist seine Versuchspersonen. In der That fand sich, dass die Schnelligkeit in dem Eintritte des Fußklonus sich umgekehrt proportional der Körperlänge verhält.

Eichhorst (Göttingen).

---

8. **Pelizaeus** (Elgersburg). Über das Kniephänomen bei Kindern.

(Archiv für Psychiatrie etc. Bd. XIV. Hft. 2.)

Anknüpfend an die Arbeit Bloch's »Über neuropathische Diathese und Kniephänomen« untersuchte P. 2403 Knaben im Alter von 6—13 Jahren aus drei verschiedenen Volksschulen Berlins bezüglich des Verhaltens des Kniephänomens.

Das überraschende Resultat der Untersuchung ist, dass es nur bei einem einzigen Knaben niemals gelang, das Kniephänomen hervorzurufen; bei fünf anderen, denen dasselbe bei der ersten Prüfung gleichfalls gefehlt, war es später zu irgend einer Zeit — zum Theil sogar auffallend leicht — zu produciren. Bei einem Knaben war das Fehlen des Kniephänomens bei der ersten Untersuchung mit Wahrscheinlichkeit auf eine kurz vorher überstandene Diphtherie zurück-

zuführen; der Knabe, dem dasselbe jederzeit mangelte, war in jeder Beziehung gesund und nicht neuropathisch belastet.

P.'s Resultate weichen daher von denen Eulenburg's und Berger's, die ein Fehlen des Kniephänomens bei 4,8 und 1,56% der untersuchten Kinder fanden, erheblich ab und sind in keiner Weise angethan, die Anschauung Bloch's über den Zusammenhang des betreffenden Mangels mit der neuropathischen Diathese zu stützen. P. weist zum Schlusse nachdrücklich auf die Nothwendigkeit einer wiederholt, zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen Untersuchung hin.

Eisenlohr (Hamburg).

---

9. **Demuth.** Zur Kur der Fettleibigkeit.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 35.)

D. behandelt seine Fettsüchtigen so, dass er ihnen an und für sich kein Gericht verbietet, sie dürfen von allen Speisen genießen, die sie wollen und die sie gewohnt sind und die dem jeweiligen Zustand ihrer Verdauungsorgane entsprechen. Zu Anfang der Kur wird eine annähernde Berechnung festgestellt, welche Quantitäten von Nahrungsstoffen in der Nahrung enthalten sind, welche der Pat. in einem gewissen Zeitraume genießt und beobachtet, wie sich das Körpergewicht dabei verhält. Dann wird diejenige Menge von Nahrungsstoffen angegeben, von denen anzunehmen ist, dass sie im Stande seien, bei gleichbleibender Arbeitsleistung das Körpergewicht um täglich etwa 50 g herabzusetzen.

Bezüglich der Eiweißstoffe tritt weder eine Verminderung noch eine Vermehrung ein, oder letztere nur dann, wenn der Pat. eine größere körperliche Thätigkeit entwickelt als bisher. In Bezug auf die Fette geht D. in der Regel nicht über das physiologische Mindermaß von 50 g hinaus. Die Kohlehydrate dürfen um Bedeutendes gemindert werden, je nach Möglichkeit und Nothwendigkeit.

Die Pat. werden diese Kur nicht bald überdrüssig und lernen zu einfacherer Lebensweise zurückkehren, wenn sie sich selbst an der Hand einer Tabelle (Angabe der in den gebräuchlichsten Nahrungsmitteln enthaltenen Nahrungsstoffe) ausrechnen müssen, wie viel sie täglich zu sich nehmen dürfen. **Seifert** (Würzburg).

---

10. **Seeligmüller** (Halle). Zur Rehabilitation des Kali chloricum als Heilmittel bei Diphtheritis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1883. No. 45.)

Verf., welcher früher schon das chlorsaure Kali in gesättigter Lösung als specifisches Heilmittel bei Diphtheritis empfohlen hatte, sucht das gesunkene Ansehen dieses Medikamentes wieder zu heben. Todesfälle nämlich, welche zweifelsohne das Kali chloricum verschuldet hatte, schreckten vor seiner Anwendung in dieser Form ab.

Zur Erklärung der Todesfälle zieht nun S. den Nachweis v. Mering's herbei, welcher mit Bestimmtheit zeigt, dass das Kali chloricum nur dann giftig wirkt, wenn es bei leerem Magen gegeben und daher in großer Menge rapid in das Blut aufgenommen wird. Bei den vom Verf. selbst beobachteten Todesfällen trifft wirklich ein, dass die gesättigte Lösung stets in den leeren Magen kam. Dies erklärt auch, warum dieselbe Lösung bald für das Leben unschädlich, bald verderblich wirkt. Es erhellen demnach folgende Vorsichtsmaßregeln: 1) Man versäume nicht, während der Medikation (Solut. Kali chlor. 10,0 : 200,0 S. stündlich einen halben resp. ganzen Esslöffel) dem Kranken oft Nahrungsmittel zuführen zu lassen, auf dass die Arznei nie in den leeren Magen kommt. 2) Man vermeide den inneren Gebrauch desselben gänzlich, wenn absolute Anorexie besteht und beschränke sich alsdann auf das Gurgeln mit der gesättigten Lösung.

Prior (Bonn).

---

11. **George Herschell.** The action of Convallaria majalis.

(Lancet 1883. II. p. 724.)

Ein kräftiger Mann litt an ziemlich starker Pulsirregularität, namentlich folgten auf komplete Herzaktionen viele abortive, die keinen oder kleinen Puls erzeugten. Die Herzdämpfung war normal, der stethoskopische Befund »nicht zu analysiren«, jedenfalls war kein eigentliches Geräusch da. H. verordnete Tinctura Convallaria majalis 3mal täglich 5 Tropfen. Fast sofort nach jeder Dose wurde der Puls unfühlbar, Nausea, Collaps, Schwindel traten ein. Diese Symptome dauerten zwei Stunden und traten bei Wiederholung der Dosis nur ein. Digitalis hob den Puls etwas und hatte keine unangenehmen Nebenwirkungen beim gleichen Individuum. Verf. warnt davor, Pat., die zum ersten Mal Convallaria nehmen, die bislang als Minimaldosen angegebenen Mengen zu reichen. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

12. **O. Petersen.** Der Druckverband bei Behandlung vereiterter Bubonen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1883. No. 10.)

Sobald Fluktuation nachweisbar ist — es handelt sich fast ausschließlich um den Bubo post ulcus molle — wird breit incidirt, ausgelöffelt, mit Karbol- oder Sublimatlösung ausgespült und nach Stillung der Blutung mit Jodoform ausgepulvert. Der Druckverband selbst besteht in Ausfüllung der Wunde mit Salicylsäurewatte, Polsterung mit dieser und Werg, Überdecken mit Firnispapier und festem Anlegen einer Spica mit breiter appretirter Marlybinde. Wofern nicht starke seröse Durchtränkung oder Blutung eine baldige Erneuerung des Verbandes verlangen, bleibt er 8—10 Tage liegen, ohne dass die Pat. am Herumgehen gehindert sind. Die durchschnittliche

Heilungsdauer betrug bei 114 Fällen nur 23,3 Tage — zweifellos ein sehr annehmbares Resultat — während die Heilung von 12 ohne Druckverband, im Übrigen unter denselben Verhältnissen behandelten Pat. im Durchschnitt 53,8 Tage beanspruchte.

Den Schluss bilden einige, im Original einzusehende Vergleiche mit den Resultaten anderer Methoden. Verf. glaubt, dass die Effekte der totalen Excision der zur Eiterung tendirenden Bubonen zum mindesten durch seine einfachere Methode erreicht würden. (Die Behandlung aller Fälle ohne Auswahl mit einer Methode unter Verzichtleistung auf jede Indikationsstellung und Individualisirung dürfte sich als Ziel der Bubonenbehandlung überhaupt wenig empfehlen; jedem beschäftigten Arzte werden Fälle begegnen, welche den systematischen Druckverband schlechterdings nicht vertragen, und wieder Fälle, welche die totale Excision der Drüsen als unerlässlich erfordern. Ref.)

Fürbringer (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **Friedr. Müller** (Würzburg). Ein Fall von Lepra.

(Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XXXIV. Hft. 2.)

Sehr interessanter Fall, der längere Zeit im Juliusspital beobachtet worden ist.

Pat. ein 50jähriger, aus der Nähe von Augsburg gebürtiger Mann, war im 21. Lebensjahre syphilitisch inficirt, hatte aber keine schweren Erscheinungen hinterher. Im Jahre 1869 ließ er sich in Holland anwerben, ging nach Sumatra und hatte hier bald verschiedene Krankheiten zu überstehen — erst Dysenterie, dann Malaria, später (1878) angeblich Beriberi. Bald nach der letztgenannten Krankheit zeigten sich die ersten Symptome der Lepra: allmählich und gleichmäßig zunehmende Verdickung der Haut des Gesichtes und der Extremitäten, Auftreten von Blasen (Pemphigus), die platzten und mit Hinterlassung braun pigmentirter Narben heilten. Arme und Beine zeigten stark herabgesetzte Sensibilität, so dass Pat. fast gar nichts mehr arbeiten und nur unsicher gehen konnte; doch bestand keine Ataxie, kein Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Besonders am Abend waren die Beine stark ödematös geschwollen. Als Pat. nach Deutschland zurückgekehrt war, zeigte sich auch hier keine Besserung. Im Laufe des letzten Jahres hatte sich Heiserkeit gefunden, Pat. hatte viel Halsschmerzen und stets einen trockenen Hals; er athmete fast nur durch den Mund, da die Nase nahezu völlig verstopft war. Außerdem hatte Pat. in der letzten Zeit viel Diarrhoen und war dadurch sehr heruntergekommen.

Am 4. Februar 1883 wurde er ins Juliusspital aufgenommen und zeigte hier Folgendes. Kräftiger Knochenbau, aber gesunkener Ernährungszustand. Starres Ödem des Gesichts, bedeutende Faltenbildung; Haut zwischen den Falten leicht blutend. Ohrmuscheln dick und derb. Hypertrophie der Zungenfollikel. Weicher Gaumen starr verdickt, mit dichtstehenden linsen- bis kirschengroßen Infiltraten besetzt, die glänzend gelbweiß sind und von dem rothen Grunde sich scharf abheben; viele sind ulcerirt, zeigen eine glasige, anämische, gelbliche Geschwürsfläche. Die Uvula stellt einen einzigen erbsengroßen, von unten her ulcerirenden Knoten dar. Die hinteren Gaumenbogen dick gewulstet, scheinen mit der Pharynxwand verwachsen; auch auf letzterer einige den eben beschriebenen ähnliche knotige Infiltrationen. Das Ganze sieht eigenthümlich tropfsteinartig aus. Stimme rauh und heiser. Kehlkopf ziemlich gleichmäßig infiltrirt, von wachsartig durchscheinendem Aussehen.

Epiglottis zeigt einige nicht-ulcerirte Knötchen, auch sonst am Kehlkopf keine Ulcerationen.

Geschmack völlig erloschen — Alles schmeckt dem Pat. wie Kleister, er isst desshalb ohne Appetit. Nicht einmal Chinin kann er unterscheiden. Kolossale Trockenheit im Munde und Rachen. Nasenschleimhaut in analoger Weise wie die Gaumengebilde erkrankt, doch wie es scheint nur in den vorderen Partien: Pat. kann scharf riechende Substanzen, welche man ihm vor die Nase hält, nicht unterscheiden, riecht sie aber, sobald er den Mund öffnet.

Milz und Leber nicht unbeträchtlich vergrößert. An der Haut des Rumpfes zahlreiche pigmentfreie Stellen und braun pigmentirte Narben; Sensibilität an der Vorderfläche ziemlich normal, am Rücken entschieden vermindert. Haut der Arme an den Beugeseiten dünn und schlaff, an den Streckseiten von knotigen oder mehr flachen Infiltraten durchsetzt. Hände unförmlich dick, klumpig; Nägel rissig und spröde. An den Stellen, wo die Haut verdickt war, zeigte sich auch beträchtliche Anästhesie.

Haut der Beine ziemlich gleichmäßig infiltrirt und besonders an den Unterschenkeln mit zahlreichen braunen Flecken und Geschwüren besetzt; bedeutende Anästhesie. Die fühlbaren Lymphdrüsen sind vergrößert.

In einigen Hautknoten, in einem excidirten Stückchen der Uvula, im Inhalt der Pemphigusblasen konnten Leprabacillen nachgewiesen werden (Ehrlich's Methode), theils frei, theils in Rundzellen eingeschlossen; die Zellen waren oft beträchtlich vergrößert. Spärliche Bacillen fanden sich auch in dem von den Geschwürsflächen genommenen Eiter, dagegen nicht im Blute.

(Nebenbei macht Verf. auf ein ganz interessantes Verhalten verhornter Theile, Epidermiszellen, Wollhärchen etc. aufmerksam: dieselben färben sich wie Leprabacillen in Fuchsin und werden ebenfalls durch Salpetersäure nur wenig oder erst nach längerem Liegen darin stärker entfärbt — vielleicht stellt also diese Färbungsmethode eine Reaktion auf Verhornung dar; und die Bakterien der Tuberkulose und der Lepra sind ja vielleicht die langlebigsten unter allen.)

Am 12. März erkrankte Pat. mit Fieber und Durchfall; diese Erscheinungen hielten ca. 3 Wochen an, und Pat. kam im Allgemeinen während der Zeit herunter, doch war ein deutlicher Rückgang der lokalen Erscheinungen zu konstatiren: Abnahme des starren Ödems, Vernarbung der Ulcerationen am Gaumen etc. Erst im Mai traten die lokalen Processe wieder auf, und Pat. war nun im höchsten Grade elend und anämisch, fror fortwährend; da er eine dauernde Besserung nicht sah, verließ er das Spital im Juni. Verf. sah ihn noch einmal kurze Zeit darauf in höchst miserablem Zustande wieder — er fieberte stark, die lokalen Erscheinungen waren im Zunehmen begriffen. Im Blute ließ sich jetzt eine große Anzahl Bacillen nachweisen, während sie früher (s. oben) darin völlig gefehlt hatten. Pat. entzog sich der weiteren Beobachtung.

Küssner (Halle a/S.).

14. Giorgeri. Due casi di latirismo osservati nella Clinica Medica della R. Università di Parma.

(Annal. univ. di med. e chir. 1883. Hft. 4.)

Der medicinischen Klinik in Parma wurden 2 Kranke mit der Diagnose: Tabes zugeführt; doch ließen das gesunde kräftige Aussehen und der eigenthümliche Gang derselben direkt Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen. Die Anamnese ergab, dass beide Kranke (Brüder) sich ungefähr 1 Jahr lang hauptsächlich von Brot genährt hatten, welches aus dem Mehl des Kicherlings (Lathyrus sativus L.) bereitet war. G. nahm daher an, dass es sich bei Beiden um den von Cantani als Lathyrismus (analog dem Ergotismus) bezeichneten Symptomenkomplex handele. Die Fälle sind kurz folgende. Erbliche Belastung lag nicht vor, und waren beide Brüder bis dahin gesund gewesen. Der ältere, ein kräftiger Mensch von 17 Jahren, erkrankte im Herbst 1881 an Schwindel, Ohrensausen, Gefühl von Leere im Kopf; dann stellte sich starkes Muskelzittern in den oberen Extremitäten ein, so dass Pat. nur mit Mühe einen Gegenstand fassen konnte.

Später wurde der Tremor allgemein, besonders stark beim Ersteigen von Bäumen oder Leitern. Dann trat zunehmende Schwäche in den Beinen mit herumziehenden Schmerzen und Ameisenkriechen besonders Nachts ein. Bei der Aufnahme ins Hospital waren Schwindel und Muskeltremor nicht mehr vorhanden und der Stat. praes. folgender: Gut gebautes und genährtes Individuum, Schleimhäute leicht anämisch. Sehvermögen intakt. Organe der Brust- und Bauchhöhle gesund. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergiebt nichts Abnormes. Harn von normaler Quantität und 1018 spec. Gew., Harnstoff mäßig vermehrt. Die Muskulatur der Arme gut entwickelt; Bewegungen frei und regelmäßig. An den Beinen äußerlich nichts Abnormes wahrzunehmen, abgesehen von stärkerem Hervortreten der Adductoren und Extensoren, welche sich hart anfühlen. Gang unsicher, schwankend. »Die Füße werden nur wenig vom Boden erhoben. Beim Schreiten bemerkt man statt der normalen Extensions- und Flexionsbewegungen unzusammenhängende Abduktions- und Adduktionsbewegungen, so dass die Beine sich kreuzen und der Kranke, wenn er keinen Stock oder sonstige Stütze hat, zu fallen droht, obwohl er große Anstrengungen macht, sich aufrecht zu erhalten.« Der Kranke fühlt den Boden etwas unregelmäßig. Bei geschlossenen Augen kann er keinen Schritt machen, »er glaubt dann, zwischen zwei Abgründen zu stehen«. Ohne Stock ist das Umdrehen unmöglich. Die Bewegungsstörungen treten ferner besonders stark hervor bei Versuchen, eine Leiter zu ersteigen. Im Liegen kann Pat. sich ohne Unterstützung der Hände nicht aufrichten; Bewegungen der Zehen, Flexion und Extension des Fußes, des Unter- und Oberschenkels sind unmöglich. Starke Muskel- und Sehnenreflexe. Taktile, thermische und elektrische Sensibilität intakt, eben so der Drucksinn und die Schmerzempfindlichkeit.

In Fall 2 (jüngerer Bruder von 11 Jahren) sind die Symptome im Allgemeinen dieselben, nur nicht so hochgradig. Die Krankheit begann hier mit Tremor, Formikation und nächtlichen Krämpfen in der Wade und der Glutäalgegend.

G. deutet die Phänomene der veränderten Lokomotion in der Weise, dass der Ausführung der durch den Willensakt in den verschiedenen Muskelgruppen der unteren Extremitäten provocirten Bewegungen sich der Krampf ihrer Antagonisten entgegenstellt. Er erwähnt die verschiedenen Ansichten über das Wesen des Lathyrismus; Cantani hält das Leiden für eine Erkrankung der Muskeln (spasmodische Kontraktur der Extensoren, Paralyse der Flexoren, letztere in Folge einer raschen Degeneration der Muskelfasern), Brunelli sucht den Sitz der Krankheit im Rückenmark und stellt sie in Analogie mit der von Erb, Charcot u. A. bei Sklerose der Seitenstränge beobachteten Paraplegia spastica. Sektionsberichte liegen bis jetzt nicht vor.

Der Lathyrismus ist in Italien bei Mensch und Thier seit Ende des vorigen Jahrhunderts öfters beobachtet worden; G. berichtet kurz über die in der Litteratur verzeichneten Fälle. Da seine beiden Kranken im Übrigen gut genährt waren, so glaubt G. nicht, dass das aus dem Samen des Lathyrus sat. bereitete Brot eine ungenügende Nahrung sei, sondern dass es einen seiner Natur nach noch unbekannten toxisch wirkenden Stoff enthalte.

Die Behandlung bestand in der Darreichung kräftiger Kost (Fleisch und Wein), und in der Anwendung der Elektricität, besonders konstanter Ströme, so wie kalter Duschen auf den Rücken. Die im Laufe von 3 Monaten erzielte sehr geringe Besserung schreibt G. hauptsächlich der veränderten Lebensweise zu. Fälle von Heilung das Lathyrismus sind überhaupt noch nicht beobachtet.

Brockhaus (Godesberg).

15. **O. Lassar.** Über Salicylpasten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1883. No. 4.)

Verf. empfiehlt gegen Ekzem, besonders das nässende, die Salicylsäure in Zink-Amylum-Vaselinepaste. Letztere zeichnet sich von anderen Salben vortheilhaft durch rasche Antrocknung, gutes Haften ohne weiteren Verband an allen Körperstellen, Milde, vor Allem aber durch bedeutende Porosität für plasmatische

Flüssigkeit aus. Man trägt die Salicylpaste (Ac. salic. 2,0 Vaselin. 50,0 Zinc. oxyd., Amyl. āā 25,0), so lange noch lebhafte Sekretion vorherrscht, täglich auf. Wasserwaschungen sind nicht absolut verboten. **Fürbringer** (Jena).

16. **Schäffer** (Saargemünd). Die Behandlung der Diphtherie mit Papayotin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 52.)

Verf. hat innerhalb der letzten Jahre einen großen Theil der gegen Diphtherie empfohlenen Arzneimittel angewandt und sich in dem letzten Sommer hauptsächlich des Papayotins bedient, weil die Mehrzahl der vorher angewandten Mittel nicht genügend befriedigten. 47 Fälle wurden mit 5%iger Papayotinlösung behandelt und zwar ordnete Sch. die Pinselungen frühzeitig und alle 5—10 Minuten an. Schon nach wenigen Stunden sollen die Auflagerungen verschwunden, die Membranen sich gelöst haben. Gleichzeitig mit dem Schwinden des Beleges sank das Fieber.

Im Anschluss an diesen Aufsatz macht Ewald den Vorschlag, statt des Papayotins ein wirksames Pankreatin anzuwenden, entweder das Pancreatinum siccum, oder ein glyceriniges Extrakt der frischen Drüsensubstanz.

Seifert (Würzburg).

Kongress für innere Medicin.

Der (III.) Kongress für innere Medicin wird in diesem Jahre in Berlin und zwar vom 21.—24. April abgehalten werden unter dem Vorsitze des Wirklich. Geheimen Obermedicinalrathes Herrn Th. Frerichs.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage: »Über die genuine Pneumonie« (Ätiologie, Pathologie, Klinik, Therapie).

Referent: Herr Jürgensen (Tübingen);

Korreferent: Herr Alb. Fränkel (Berlin).

Am zweiten Sitzungstage: »Über Poliomyelitis und Neuritis«.

Referent: Herr Leyden (Berlin);

Korreferent: Herr Schultze (Heidelberg).

Am dritten Sitzungstage: Über nervöse »Dyspepsie«.

Referent: Herr Leube (Erlangen);

Korreferent: Herr Ewald (Berlin).

Außerdem sind folgende Vorträge angemeldet:

Herr Hermann Weber (London): Über Schulhygiene in England, besonders mit Rücksicht auf ansteckende Krankheiten.

Herr Rosenthal (Erlangen): Über Reflexe.

Herr Goltz (Straßburg): Über die Lokalisationen der Funktionen des Großhirnes.

Herr Pfeiffer (Weimar): Über Vaccination.

Herr Seegen (Karlsbad): Über Diabetes.

Herr Rossbach (Jena): Bericht über die Kommission zur Behandlung der Infektionskrankheiten.

Derselbe: Über eine neue Heilwirkung des Naphthalin.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 9. **Sonnabend, den 1. März.** **1884.**

1. **H. Feiertag.** Beobachtungen über die sogenannten Blutplättchen (Blutscheibchen).

Inaug.-Diss., Dorpat 1883.

Um bestimmtere Anhaltspunkte für die schon von Slevogt (vgl. dieses Centralblatt 1883 p. 467) angenommene Abstammung der freien Körner und Körnchenhaufen, die vom Verf. mit den als Blutplättchen oder Blutscheibchen bekannten Gebilden identificirt werden, aus den Körnerkugeln im Pferdeblute zu gewinnen, hat Verf. theils im unverdünnten gekühlten Pferdeblutplasma, theils in dem mit einer 25%igen Lösung von $MgSO_4$ verdünnten Pferdeblutplasma nach einer im Original nachzusehenden Methode, Zählungen der Körnerkugeln, der Körnerhaufen und der freien Körner in drei verschiedenen Zählreihen vorgenommen. In der ersten Reihe findet er, dass im unverdünnten gekühlten Plasma alle drei Gebilde allmählich an Zahl abnehmen, wobei der verhältnismäßige Schwund der freien Körner und der Haufen viel bedeutender ist als derjenige der Körnerkugeln. Da statt der verschwindenden Körner nichts anderes Körperliches im Plasma auftritt, so hält Verf. dabei eine wirkliche Auflösung, nicht

eine bloße Umformung der Körner für erwiesen. Auch bei Gegenwart von $MgSO_4$ tritt der Schwund dieser Gebilde ein.

In der zweiten Zählreihe wird der Einfluss leichter mechanischer Eingriffe (Schlagen des Plasma mit einem Fischbeinstäbchen während einer Minute) auf die Zahl der Körner und der Körnerkugeln im Plasma aufgestellt. Wie früher Heyl durch den gleichen Eingriff eine Vernichtung von Leukocyten konstatirt hatte, so zieht Verf. jetzt aus seinen Zählungen den Schluss, dass ein großer Theil der Kugeln und Körner, erstere in stärkerem Maße als letztere, durch den genannten geringen Insult bereits zerstört werden. Verf. hält daher die genannten Gebilde für äußerst labil und vermuthet, dass ein großer Theil derselben bereits innerhalb des cirkulirenden Blutes, eine noch größere Zahl aber sofort nach dem Aderlasse durch das Plasma zerstört (aufgelöst) wird.

Die nicht unbeträchtlichen Differenzen, die sich in der Zahl der erhaltenen Körner und Körnerkugeln ergeben, glaubt Verf. auf eine ungleiche Widerstandsfähigkeit der genannten Gebilde zurückführen zu müssen.

In der dritten Zählreihe findet Verf., dass, wenn man die Zählungen unmittelbar nach der Abkühlung in kurzen Intervallen von einander ausführt (je $^1/_4$ Stunde), trotz der absoluten Abnahme aller dieser Gebilde eine relative Vermehrung der freien Körner stattfindet. Verf. führt dies darauf zurück, dass die Körnerkugeln rascher zerfallen, als die gebildeten freien Körner wieder vernichtet werden, und sieht gerade in diesem Umstande, der allerdings nicht immer zum Vorschein kommen muss, einen wichtigen Beweis für die Eingangs ausgesprochene Anschauung, dass die Blutplättchen auf einen thatsächlichen Zerfall gewisser den Leukocyten sehr nahestehender zelliger Gebilde zurückzuführen sind.

Löwit (Prag).

2. Ch. Gram. Untersuchungen über die Größe der rothen Blutkörperchen im Normalzustande und bei verschiedenen Krankheiten.

(Fortschritte der Medicin 1884. No. 2.)

Verf. hat Messungen rother Blutkörperchen in der Weise vorgenommen, dass er einen oder mehrere Tropfen Blut in eine Glaskapillare aufsteigen lässt, die Gerinnung abwartet, und das Serum, in dem die Zahl der rothen Blutkörperchen eine kleinere ist, zur Messung der Größe der rothen Blutkörperchen verwendet. Die Messung wurde nach Verdünnung des Serum mit Hayem'scher Flüssigkeit und nach Zusatz von Wasser an den Rand des Deckglases vorgenommen, »um eine Verdunstung des Serum zu vermeiden« (! Ref.). Das Nähere über die Methode ist im Original nachzusehen. Hervorgehoben sei noch, dass auch Verf. die sog. Mikrocyten (3 bis 5 μ) für Kunstprodukte hält. Er fand sie alle fein granulirt (? Ref.). Aus den bisherigen Angaben scheint dem Verf. hervorzugehen, dass

die Größe der Blutkörperchen von Süden nach Norden zunimmt (Italien 7,0—7,5 μ, Frankreich 7,5—7,6 μ, Deutschland 7,8 μ, Norwegen 8,5 μ). Die Mittelzahl aus den Messungen des Verf. an Gesunden beträgt 7,8 μ, mit den Grenzen 7,9 und 7,7 μ. Ein Unterschied der Größenverhältnisse bei Männern und Weibern besteht nicht. Die Größe der einzelnen Blutkörperchen zeigt beträchtliche Schwankungen (9,3 und 6,7 μ).

Was nun die Größenveränderungen der rothen Blutkörperchen in verschiedenen krankhaften Zuständen betrifft, so konstatirt Verf. zunächst das Vorkommen abnorm kleiner Blutkörperchen (Zwergblutkörperchen) von 6—2,2 μ, so wie von abnorm großen (Riesenblutkörperchen) von 10—14 μ bei verschiedenen chronischen und akuten Anämien. Aus den Tabellen des Verf. geht ferner hervor, dass kein absolutes Verhältnis zwischen Größe und Zahl der rothen Blutkörper vorhanden ist, und dass eine mehr oder minder bedeutende Abnahme der Größe der rothen Blutkörperchen vorhanden sein kann, »ohne irgend eine proportionale Verbindung mit der Zahl«. Die Zwergblutkörperchen fand Verf. namentlich in solchen Fällen hochgradig vermehrt, wo es sich um einen Wiederersatz verloren gegangener Blutkörper (nach Blutungen etc.) handelte, er schließt daraus, dass dieselben neugebildete rothe Blutkörper darstellen, und dass ihr Vorkommen auf eine Neubildung von Blutkörperchen hindeutet (? Ref.). Für die Erklärung der Riesenblutkörper macht Verf. darauf aufmerksam, dass ihm der Nachweis gelungen ist, dass unter dem Einfluss des Ikterus stets die großen Blutkörper procentisch zunehmen. Er stellt daher die Vermuthung auf, dass die Riesenblutkörper durch fremdartige Stoffe im Blute hervorgerufen werden. Über die Poikilokytose macht Verf. keinerlei neue Angaben. **Löwit** (Prag).

---

3. J. **Arnold.** Über Kern- und Zelltheilung bei akuter Hyperplasie der Lymphdrüsen und Milz.

(Virchow's Archiv Bd. XCV. p. 45—69.)

Verf. hatte bereits früher darauf aufmerksam gemacht (Virchow's Archiv Bd. XCIII), dass in gewissen Zellen des Knochenmarkes (beim Menschen) Kerntheilungsvorgänge vorkommen, welche in das von Flemming u. A. aufgestellte Schema der Kerntheilungsvorgänge sich nicht einreihen lassen. Auf Grund seiner Untersuchungen sah er sich zur Aufstellung zweier Haupttypen des Kerntheilungsprocesses veranlasst, die er als Segmentirung und als Fragmentirung bezeichnete, je nachdem der Process bestimmte Stadien in regelmäßiger Reihenfolge erkennen ließ oder mehr unregelmäßig vor sich ging. Jede dieser Typen theilte er wieder in einen indirekten und einen direkten Segmentirungs- und Fragmentirungsprocess ein, je nachdem die chromatische Kernsubstanz bei der Theilung bestimmte Bewegungen gegen den Äquator der Zelle und von demselben gegen

die beiden Pole ausführte, oder ohne derartige komplicirte Vorgänge ein einfacher Zerfall des Kerns in zwei neue Kerne eintrat. Die indirekte Segmentirung A.'s entspricht mithin der indirekten Kariokynese Flemming's und die direkte Fragmentirung des ersteren der direkten Kernzelltheilung des letzteren. Die vom Verf. studirten Theilungsvorgänge boten Beispiele für die indirekte und direkte Fragmentirung, so wie auch für die direkte Segmentirung dar.

Bei hyperplastischen Vorgängen in den Lymphdrüsen und der Milz findet nun Verf. an beiden Lokalitäten Kerntheilungsvorgänge an bestimmten Zellen, die im Wesentlichen mit den für die Zellen des Knochenmarkes beschriebenen Vorgängen übereinstimmen. Schon durch das Vorhandensein von Kerntheilungsprocessen bei der Hyperplasie von Lymphdrüsen und Milz glaubt sich Verf. zu der Annahme berechtigt, dass die Hyperplasie der genannten Organe nicht einfach durch Blutüberfüllung, sondern durch wahre Zellenvermehrung zu Stande komme, wobei er es allerdings unentschieden lässt, ob die Zellenvermehrung nicht schon innerhalb der Blutbahn der genannten Organe erfolge, von wo dann die neugebildeten Zellen in das Gewebe gelangen, oder ob nicht auch der umgekehrte Process stattfindet. Was nun den Kerntheilungsvorgang an den Zellen selbst anlangt, so muss wegen der nur an der Hand der beigegebenen Abbildungen verständlichen Einzelheiten auf das Original verwiesen werden. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass Verf. Zellen mit großer chromatischer Kernform, solche mit kleinen chromatinreichen Kernfiguren und endlich noch eine kleinere chromatinärmere Zellenart unterscheidet. Alle diese Zellen scheinen ihm nur Entwicklungsphasen einer Zellenart zu entsprechen, die dem Verf. in gewisser Beziehung zu den sogenannten lymphoiden Elementen der genannten Organu zu stehen scheint. Bei allen drei Zellenarten tritt zunächst eine Zunahme der chromatischen Kernfigur ein, die auch hier in Form verhältnismäßig dicker Stränge angeordnet ist. Im weiteren Verlaufe können sich dann die chromatischen Theile des Kernes entweder mehr gegen das Centrum des Kernes nach Art der Äquatorialplatte zurückziehen, oder sie treten von vorn herein gegen die Peripherie zurück, indem sie ganz unregelmäßige Kernformen und Kernfiguren bilden können, an denen nicht immer eine Zusammensetzung aus Balken und Körnchen erkannt werden kann. Verf. konstatirt dabei selbst, dass es sich hierbei nur um »abgespaltene Chromatingebilde« handle, und dass »der ganze Vorgang mehr den Eindruck eines Zerfalls des Kernes in ungleiche Bruchstücke, nicht den einer gesetzmäßig sich vollziehenden Theilung macht« (p. 61). Eine achromatische Kernfigur konnte nur bei einzelnen Formen sicher konstatirt werden. Die Theilung der Zellsubstanz kann in zweifacher Weise eintreten. Entweder das Protoplasma wird in toto abgefurcht, oder aber der Vorgang vollzieht sich endogen im Zellleibe, indem der peripherische Theil desselben an der Abschnürung nicht participirt, wodurch die jungen Zellen zunächst in diesem eingeschlossen sind. Mittels Auswanderung durch den

Zellmantel, oder mittels sofortiger Auflösung dieses können sie später frei werden.

Auch Beispiele direkter Fragmentirungs- und direkter Segmentirungsvorgänge an den Kernen einzelner Zellen werden vom Verf. angeführt und durch Abbildungen belegt. Verf. vermuthet, dass die Verschiedenheiten zwischen den einzelnen Typen der Kerntheilung nicht von so tiefgreifender principieller Bedeutung sind, wie wir das heute anzunehmen geneigt sind, sondern dass es sich um Abarten eines Entwicklungstypus handelt. Schließlich erwähnt Verf. auch, dass einzelne Zellen in gewissen Stadien des Theilungsvorganges verharren, ohne sich weiter zu entwickeln, und stellt die Vermuthung auf, dass die mehrkernigen weißen Blutzellen aus solchen Zellen hervorgehen. Weiterhin erwähnt er, dass einzelne Zellen deutliche Zeichen der Degeneration nicht nur der Zellsubstanz sondern auch der Kernfigur erkennen lassen. (Ref. hat namentlich im Knochenmarke normaler erwachsener Thiere, aber auch spärlicher in Milz und Lymphdrüsen lymphoide Zellen mit Kerngebilden angetroffen, die einzelnen der vom Verf. beschriebenen vielfach gleichen oder ähneln. Ref. hat dieselben jedoch ausschließlich im Sinne eines degenerativen Kernzerfalles deuten zu müssen geglaubt, da er Zeichen des regenerativen Kern- und Zelltheilungsvorganges an seinem Objekt nicht zu beobachten in der Lage war.) **Löwit** (Prag).

---

4. **Alb. Johne.** Die käsige Pneumonie, speciell die sog. käsige Hüttenrauchpneumonie oder Hüttenrauchtuberkulose des Rindes.

(Fortschritte der Medicin 1883. No. 21.)

Eine Folge des bei der Verarbeitung der Erze in den Freiberger Hütten entstandenen Rauches, der eine Menge von Metallen enthält und als sog. Flugstaub durch die Luft geweht sich in Menge und in ausgedehnten Landstrichen auf dem Boden ablagert, ist eine sehr ausgebreitete Erkrankung des Rindviehes. Nach statistischen Berechnungen sollen in Folge des schädlichen Hüttenrauches in dem Rayon der Werke 55—80% aller krankheitshalber geschlachteten Rinder an »einer eigenthümlich gearteten Lungen- und Brustfelltuberkulose« leiden. Die betreffenden Verhältnisse, welche schon früher Haubner und Siedamgrotzky genau und eingehend untersucht hatten, werden bei der in neuester Zeit so veränderten Anschauung über die Tuberkulose in sehr dankenswerther Weise einer erneuten gründlichen Untersuchung unterzogen. Bei den erkrankten Thieren ist von den früheren Untersuchern neben einer Anätzung der Respirationsschleimhäute eine käsige Pneumonie, resp. Tuberkulose der Lunge gefunden worden, die sie als sekundäre, durch die Einathmung des Flugstaubes veranlasste auffassen. Dagegen erklärt nun J., der dieselben pathologischen Processe bei den erkrankten Thieren fand, die chronischen, käsig-

pneumonischen Processe in der Rindslunge als primäre, als eine Form echt chronischer Inhalationstuberkulose, gleichviel ob bei ihrer Entstehung der Hüttenrauch einwirkte oder nicht. In Betreff der detaillirten Beschreibung der afficirten Lungen, die diese Auffassung vollkommen rechtfertigen, ist auf das Original zu verweisen, in welchem als die 3 Modifikationen bei der käsigen Phthise des Rindes 1) intraalveoläre entzündliche Vorgänge, 2) interstitielle zellige Infiltrationen, 3) Mischformen zwischen den beiden ersten geschildert werden. Dass sämmtliche drei genannten, Knötchen bildenden Processe tuberkulöser Natur sind, ergiebt sich aus dem Nachweise der Tuberkelbacillen, die selbst in Fällen aufgefunden wurden, bei welchen die einzige Anomalie in einer ödematösen Infiltration der Alveolen und Quellung resp. Desquamation der Epithelien bestand. In den Riesenzellen sind die Bacillen am zahlreichsten, in den der Alveolarwand noch anhaftenden Epithelien wurden sie dagegen nicht gefunden. Im Übrigen ist der Befund und die Lokalisation der Bacillen bei der vorliegenden Erkrankung die gleiche wie bei anderen tuberkulösen Neubildungen. Ein zweiter Beweis für die tuberkulöse Natur der Hüttenrauchpneumonie ist der experimentelle Nachweis ihrer Infektiosität bei Kaninchen, dieselbe ist also vollkommen analog mit der tuberkulösen Phthise des Menschen. Die Tuberkelbacillen gelangen mit der Athmungsluft in die Lunge und entstammen den Lungen tuberkulös erkrankter Thiere desselben Stalles. Die Einathmung des Flugstaubes verbunden mit der schädlichen Stallfütterung begünstigen eine Sekretstauung, eine Kapillarbronchitis in den Lungen und dadurch ist ein für das Haften und die Vermehrung der Bacillen günstiger Boden geschaffen. Die Vererbungstheorie von Baumgarten verwirft J. selbstverständlich, da in den betreffenden Ortschaften überhaupt kein Vieh aufgezogen wird, sondern die abgehenden Thiere durch Einfuhr von anderen Gegenden her ersetzt werden. Schließlich erinnert Verf., dass das Auftreten von Tuberkulose in Ställen, wo die Thiere fortwährend mit dem Futter kleine Dosen von Arsenik zu sich nehmen, nicht besonders zu Gunsten der Ansicht von Buchner über den günstigen Einfluss des Arseniks bei der Tuberkulose spricht.

E. Stadelmann (Königsberg).

---

5. J. Comby. Les pleurésies pulsatiles (Empyème pulsatile).

(Archives générales 1883. XI.)

Der längere Aufsatz des Verf. hat zum Zwecke, an der Hand der aus der Litteratur von ihm zusammengebrachten, kritisch besprochenen, und der von ihm selbst beobachteten vier neuen Fälle als Monographie des pulsirenden Empyems zu dienen, welches Krankheitsbild noch viel zu wenig berücksichtigt, noch viel zu ungenau beschrieben und zu mangelhaft erklärt ist. Bei der vorliegenden Erkrankung sieht man oder fühlt man eine Pulsation wie bei einem Aneurysma der Aorta, womit die pulsirenden Empyeme auch meistens

verwechselt sind. Bald sind die mit dem Herzschlag synchronen Pulsationen über einen großen Theil der linken Brustwand, an welcher sie lediglich zu beobachten sind, verbreitet, bald sind sie auf einzelne Punkte derselben, an welchen das Empyem durchzubrechen droht, beschränkt. Alle die exsudativen Pleuritiden, in deren Gefolge das pulsirende Empyem auftritt, sind sehr alt, haben ein sehr reichliches eitriges Exsudat geliefert und sitzen auf der linken Seite. C. hat aus der Litteratur 27 einschlägige Beobachtungen zusammengebracht.

Alle die Pat., bei welchen ein pulsirendes Empyem beobachtet wurde, litten seit langer Zeit an einer linksseitigen Pleuritis, welche sich bald allmählich und schleichend bei tuberkulösen Individuen entwickelte, bald akut und plötzlich unter der Form einer Pneumonie oder Pleuropneumonie auftrat. Der weitere Verlauf ist dann stets der gleiche. Nach einer manchmal recht langen Latenzperiode ist dann ein sehr bedeutendes pleuritisches Exsudat und eine mit dem Herzschlage isochrone, mehr oder minder ausgedehnte Pulsation der betreffenden Brustwand zu konstatiren, welche die Vermuthung eines hochgradigen Aortenaneurysmas nahe legt. Die Pulsationen sind oft sehr schwach, oft sehr energisch und stark. Meistens wird die Pulsation erst bemerkt, wenn einer oder mehrere Interkostalräume durch das Empyem vorgetrieben sind. Man fühlt dann bald mehr nach vorn, bald mehr nach hinten, ja in der Nähe der Wirbelsäule eine nuss- bis apfelgroße, pulsirende, weiche, fluktuirende Geschwulst. Bei der Auskultation hört man zwei den Herztönen analoge Töne, kein Frémissement, kein Blasen, keine andersartigen abnormen Geräusche. Athemgeräusche fehlen vollkommen, eben so der Stimmfremitus, wie der Lungenschall beim Perkutiren. Meistens ist die linke Brustwand ausgedehnt, die Interkostalräume sind häufig verbreitert, manchmal ist Ödem vorhanden. Bei der Inspiration kann eine Einziehung, bei der Exspiration eine Hervorwölbung des etwa vorhandenen Tumors beobachtet werden. Das Herz ist verlagert, manchmal liegt die Spitze in der rechten Mamillarlinie, manchmal sind Herzpulsationen unter der rechten Clavicel wahrnehmbar. Der Herzschlag ist nicht verstärkt, oft schwächer als die Pulsation des Empyems, der Rhythmus regelmäßig, kein Zeichen eines Herzfehlers, hin und wieder eine leichte Verbreiterung der Herzdämpfung. Der Allgemeinzustand der Pat. sehr wechselnd, häufig noch relativ gut, häufig sehr gestört, hektisches Fieber etc. Wird das Empyem künstlich oder spontan geöffnet, so entleert sich massenhafter, bald fötider, bald geruchloser Eiter, womit die Pulsation schwindet. Das Herz behält seine abnorme Lage bei, eben so die Lunge, die Flüssigkeit sammelt sich wieder an. Der Kranke erliegt meistens der Kachexie. In anderen Fällen ist nicht nur Pyothorax sondern Pyopneumothorax vorhanden. Beim pulsirenden Empyem sind zwei Perioden zu unterscheiden: 1) eine lange, vorbereitende von 2—3 Jahren, 2) die Periode der Pulsation, welche beginnt, wenn die Lunge vollständig luftleer geworden zur Seite gedrängt und durch feste Adhäsionen zurückgehalten ist. Dann

stattliche Reihe von Jahren gebietenden klinischen Erfahrungen und Beobachtungen eingehender erörtert.

Im diesmaligen Bericht findet sich von derartigen Fragen eine medicinische, die Tuberkulose im Kindesalter, und eine chirurgische, die Spina bifida, in der genannten Weise behandelt.

Bezüglich der ersteren — über welche Verf. in den Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der Freiburger Naturforscherversammlung ausführlich berichtet hat und noch eine eingehende Abhandlung in Aussicht stellt — erfährt man Genaueres über die Häufigkeit der tuberkulösen Erkrankungen im Kindesalter überhaupt; über die Prädilektionsorte der primären Tuberkulose im kindlichen Organismus (weit häufiger in Knochen und Drüsen, als in inneren Organen, von letzteren wieder bei Weitem am häufigsten auch beim Kinde in den Lungen); über einige seltenere Primärlokalisationen des Tuberkelgiftes (Larynx, Peritoneum); über die Häufigkeit der Miliartuberkulose; über die Zugehörigkeit des Lupus zu den tuberkulösen Erkrankungen; über die Möglichkeit der Infektion durch Milch tuberkulöser Kühe.

Bezüglich der zweiten Frage erhalten wir auch wieder zunächst statistisches Material — auf 36 148 kranke Kinder kamen 57 Fälle von Spina bifida —; sodann Bemerkungen über die anatomischen Verhältnisse der einzelnen Fälle; über einzelne diagnostische Anhaltepunkte für die Frage, ob man während des Lebens eine Hydro-Meningo- oder Hydro-Myelocele vor sich habe; über die Einwirkungen, welche die Missbildung auf die Funktion des Rückenmarks ausübe u. a. Bei einer Myelo-Meningocele mit begrenzter Spaltbildung in der Wirbelsäule hat der Verf. sich mit Vortheil der von Wilhelm Koch empfohlenen Operationsmethode bedient, die in dem wiederholten Ausschneiden ovulärer Streifen aus der Haut der Peripheiie des Sackes besteht. Er hält dieselbe auch für die Fälle für angezeigt, wo eine reine Hydro-Meningocele mit breiter Basis der Geschwulst bei klaffendem Defekte der Wirbelbögen besteht. Bei Hydro-Meningocele mit schmaler Stielung des Geschwulstsackes empfiehlt er die Absperrung der Geschwulst während der Punktion und Jodinjektion, und nachherige Kompression.

Verf. operirte von seinen 57 Fällen 23; von den letzteren starben 15.

Von der im Berichte enthaltenen Einzelkasuistik sei noch hervorgehoben ein Fall von spastischer Spinalparalyse bei einem vom Blitz getroffenen Kinde (genesen); ein Fall von angeborener Darmstenose; ein Fall von multipler Knochenaffektion bei einem 7jährigen hereditär syphilitischen Knaben, welcher durch Übergreifen des entzündlichen Processes vom kariösen Stirnbein auf das Gehirn tödlich endete.

Die Benutzbarkeit der D.'schen Jahresberichte für andere Fachgenossen wird sehr erhöht durch die auf dem Titelblatt angegebene Inhaltsübersicht derselben. Dürften wir hier noch einen Wunsch

aussprechen, so wäre es der, diese Übersicht künftig, dem reichen Material entsprechend, noch etwas eingehender zu gestalten, und mit der Angabe der Seitenzahlen zu versehen. **Heubner** (Leipzig).

---

8. **A. Wernher.** Zur Impffrage. Resultate der Vaccination und Revaccination vom Beginn der Impfung bis heute nach den Quellen bearbeitet.

Mainz, Verlag von **Victor v. Zabern,** 1883.

Bei dem lebhaften Kampfe, welchen die Impfgegner unermüdlich gegen die obligatorische Impfung führen, ist es als eine besondere Gunst des Schicksals zu betrachten, dass es dem Verf. vergönnt war, sein Werk trotz großer körperlicher Leiden noch kurz vor seinem Tode druckfertig zu stellen. Das mit erheblichem Fleiße zusammengetragene Material gewährt einen Einblick in die Geschichte der Pocken und der Impfung etwa vom Beginn unseres Jahrhunderts an, es zeigt die Wandlungen, welchen die früher allgemein gefürchtete Seuche während dieses Zeitraums in den verschiedenen Ländern, je nachdem geimpft oder nicht geimpft wurde, unterworfen war und ermöglicht es dadurch auch dem urtheilsfähigen Laien, sich in dem Widerstreite der Meinungen selbständig zu orientiren. Wiewohl der Verf. fast auf jeder Seite des Buches seiner unerschütterlichen Überzeugung von dem Segen der Impfung Ausdruck giebt, lässt er sich doch an keiner Stelle verleiten, die Schattenseiten derselben zu übersehen; er läugnet weder die Imphsyphilis, noch den Impfrothlauf, noch andere nachtheilige Folgen des Impfens, im Gegentheil führt er eine größere Reihe derartiger Beobachtungen auf, unter denen er sich freilich genöthigt sieht, manche als unbewiesen oder überhaupt unberechtigt auszuscheiden. Auf der anderen Seite erinnert er sehr richtig an die überaus zahlreichen Schädigungen, wie Augen-, Drüsen-, Gelenkkrankheiten, an Pyämie, Erysipelas, Pseudoerysipelas, welche den früheren Pockenepidemien zur Last fielen und theilweise als unverlöschbare Spuren der überstandenen Erkrankung von Jedermann tagtäglich beobachtet werden konnten. Auch unterlässt er nicht zu betonen, dass die Impfgefahren keineswegs unüberwindlich seien und dass von Seiten der Behörden und Ärzte mit Eifer daran gearbeitet wird, sie thunlichst zu vermeiden ev. ganz unmöglich zu machen.

Die Gegenüberstellung von früher und jetzt liefert den Beweis, welchen Einfluss die Impfung auf die Verbreitung der Pocken übt. Früher gab es alle drei oder fünf Jahre eine stärkere Epidemie, welche so lange anhielt, bis viele an den Pocken gestorben, viele andere durchseucht und geschützt waren, so dass fast die ganze Bevölkerung einmal im Leben pockenkrank gewesen war. Ganz anders wurde es, seitdem man angefangen hat, zu impfen. Sehr zahlreiche kleinere und größere Pockenepidemien der europäischen Staaten lässt Verf. Revue passiren, um zu zeigen, wie verschieden an Um-

fang und Tödlichkeit sie sich verhielten, je nachdem das alleinige Schutzmittel der Impfung in Anwendung gebracht wurde oder nicht. Freilich setzt eine verständige Betrachtung voraus, dass man nicht nur fragt, wird überhaupt geimpft, sondern auch, ist die Impfung allgemein in Gebrauch, wie lange ist dies schon der Fall, ist sie mit wirksamer Lymphe ausgeführt worden etc.?

Im ganzen deutschen Reiche sind 1877 — 822, 1880 — 289, 1881 — 706 Menschen an den Pocken gestorben; in Preußen kamen 1875 auf 10 000 Lebende 0,36 Pockentodesfälle unter den Männern, 0,34 unter den Frauen, 1876 — 0,34 bez. 0,29: kaum der hundertste Theil der Opfer, welche die Seuche im vorigen Säkulum forderte. Aus dem nach der Lungenschwindsucht größten Faktor auf der Sterbetabelle sind die Pocken hier zu einer sehr unbedeutenden Todesursache heruntergegangen. In vielen Orten Deutschlands sind seit Jahren keine Pockentodesfälle mehr beobachtet worden und in sämmtlichen deutschen Städten mit mehr als 15 000 Einwohnern ist die Summe derselben geringer, als sie vor 1800 in einer Mittelstadt war. Gleichwohl betrug die Zahl der Pockenopfer zu der nämlichen Zeit (1880) in Paris 2260, in Antwerpen 812, in Brügge 51, Lüttich 59, Verviers 79, Junest 179, Borghout 62, Tilly 163, Charleroi 76, London 475, Wien 534, Prag 450, Dublin 266, Madrid 1202 (ganz Spanien 12 165), Odessa 94 etc. Bemerkenswerth ist auch der Schutz, welchen die obligatorische Impfung den der Pockeneinschleppung so sehr exponirten deutschen Häfen, wie Bremen und Hamburg, verlieh.

Der Erfahrung entsprechend, dass die Impfung nicht für das ganze Leben, sondern nur vorübergehend wirkt, legt Verf. folgerecht einen Hauptnachdruck auf die Revaccination. Nachdem diese Thatsache einmal klar festgestellt war, erklärte es sich, dass in den Ländern, in welchen nur die erste Impfung allgemein angewandt wird, der Verbreitung der Pocken nicht mehr Einhalt geschieht, als es in Wirklichkeit der Fall ist. Das schlagendste Argument für die unabweisbare Nothwendigkeit einer wiederholten Vaccination bieten die beim Militär gemachten Beobachtungen. In dem Decennium von 1825—1835 waren bei der preußischen Armee 496 Mann den Pocken erlegen und in dem folgenden, in welchem die Revaccination erst durchgeführt war, erlagen noch 39 Mann, also 4 pro Jahr, dann aber bis zum Beginn des deutsch-französischen Krieges kamen in sieben Jahren keine Pockensterbefälle, in 11 je 1, in den übrigen 2—3 vor. 1866 hatte die Armee, trotzdem sie in voller Kriegsstärke die böhmischen Quartiere bezog, welche die stark inficirten Österreicher und Sachsen eben verlassen hatten und trotzdem unter der dortigen Bevölkerung eine heftige Epidemie herrschte, im Ganzen 11 Pockentodesfälle; selbst 1870/71 verlor sie unter exceptionell ungünstigen Verhältnissen nur 316 Mann an den Pocken. Die Verluste der preußischen bez. deutschen Armee beliefen sich während der beiden Jahre 1870 und 1871 auf ca. 28 pro 100 000 Mann, während beispielsweise die österreichische Armee 1870, also in Friedenszeiten,

deren 17,28, 1871—40,09, 1872 sogar 103,45 zählte. Unter diesen Umständen bietet ein besonderes Interesse der Vergleich der Pockensterblichkeit in der preußischen Armee und in der preußischen Civilbevölkerung, bei welchem der Einfluss einer verschieden geübten Revaccination innerhalb desselben Landes klar zum Ausdruck kommt; es starben nämlich

Jahr	Militär	Civil	Jahr	Militär	Civil
1847	0	1539	1846	1	2462
1855		1669	1848		2213
1856		1270	1849		1760
1858		4691	1850		2606
1863		6250	1852		3208
			1853		3739
			1857		1837
			1860		3461
			1868		4810

Ein nicht minder lehrreiches Beispiel möge noch aus Württemberg beigebracht werden. Obwohl sich die Soldaten dort in steter enger Berührung mit einer stark inficirten Civilbevölkerung befanden, welche selbst starke Verluste erlitt, waren unter ihnen in der Zeit von 1849 bis 1870 nicht mehr als 56 Erkrankungen und kein einziger Todesfall zu konstatiren.

Würzburg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

9. **Alphonse Goix.** Contribution à l'étude de la Péritonite aigue sous-ombilicale.

(Archives générales 1883. XII.)

Sowohl die ober- wie die unterhalb des Nabels liegende Partie des Peritoneums kann isolirt entzündet werden, daher werden die Peritonitiden in supra- und infraumbilicale eingetheilt. Da besonders die ersteren sehr gefährlich sind, die letzteren dagegen bedeutend weniger, so ist die Kenntnis der infra-umbilicalen Peritonitiden der Prognose wegen sehr wichtig. Da nun in der Litteratur kein Fall einer derartigen akuten Peritonitis beschrieben ist, hält sich G. für berechtigt, über den seinigen ausführlich zu berichten.

Ein 14jähriger Knabe hatte in strömendem Regen unter großer Anstrengung einen Karren gezogen. An demselben Tage Abends Frostanfälle und starke Schmerzen im Abdomen. Am dritten Tage auf Abführungen hin mehrere Stuhlgänge, trotzdem halten die Schmerzen an, dabei starkes Fieber und Erbrechen. Die Schmerzen sind außerordentlich lebhaft, jedoch nur auf die Partien unterhalb des Nabels beschränkt. Der leichteste Druck ist hier unerträglich, während oberhalb des Nabels Druck sehr wenig schmerzhaft ist. Am stärksten sind die Schmerzen auch spontan in der Regio iliaca. Es besteht Urinretention, Urin, mit Katheter entleert, klar, ohne Albumen. Keine Betheiligung des Zwerchfells im Gegensatz zu der der Blase. Die Schmerzen nehmen dann langsam ab, das Kind wird ruhiger, verträgt einen stärkeren Druck auf die unteren Partien des Abdomens, Urin wird wieder spontan entleert, das Fieber sinkt und am elften Tage der Erkrankung ist das Kind wieder fast gesund. Die Behandlung bestand in Abführmitteln (Kalomel), Morphium, Opium, Kataplasmen, Einreibungen von Unguent. ciner. bis zur Salivation, Chinin, kalte Umschläge auf das Abdomen, strenge Diät.

Die Differentialdiagnose war 1) mit einer Perityphlitis zu stellen. Gegen dieselbe sprach der mangelnde Tumor in der Ileocoecalgegend, und die Erkältung als Ursache der Erkrankung; 2) mit einer subperitonealen Phlegmone. Letztere wird ausgeschlossen durch das Fehlen von Verlöthungen der Haut mit dem darunterliegenden Gewebe. Bei der Ätiologie lässt G. es zweifelhaft, ob diese Peritonitis auf einer tuberkulösen Grundlage beruhte oder idiopathisch war. Die Diagnose der Peritonitis als einer auf die subumbilicale Partie des Peritoneums beschränkte stützt sich auf die Schmerzen lediglich in dieser Gegend, die Urinretention, den Meteorismus, die vollkommene Intaktheit der diaphragmatischen Respiration. Als Therapie ähnlicher Fälle schlägt G. die von ihm hier angewandte und oben angeführte vor. **E. Stadelmann** (Königsberg).

10. **Joh. Krauss.** Ein Beitrag zur Kasuistik und Symptomatologie des primären Gallenblasenkrebses. (Leipziger Dissertation.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Ein dankenswerther Beitrag zu dem etwas stiefmütterlich behandelten Kapitel vom primären Carcinom der Gallenblase. Die mitgetheilten fünf Fälle sind im Leipziger Jakobshospital beobachtet; vier darunter betrafen Frauen. Alle Pat. hatten bereits das 40. Lebensjahr überschritten. Hereditäre Disposition schien keine Rolle zu spielen, dagegen legt Verf. in ätiologischer Beziehung Gewicht auf die Thatsache, dass in allen mitgetheilten Fällen (wie auch in den meisten sonst bekannten) Gallensteine vorhanden waren, die nach der Anamnese zu schließen oft schon lange Zeit vorher das Bild der Cholelithiasis bedingt hatten — er neigt zu der Ansicht, dass die Steine das Primäre seien und dass das Carcinom der Gallenblase sich erst in Folge des von ihnen ausgeübten chronischen Reizes entwickle.

Symptomatisch ist zu bemerken, dass in allen Fällen spontane oder Druckschmerzen, mitunter recht heftige, in der Gegend der Gallenblase vorhanden waren; ferner dass die Gallenblase (in drei Fällen beträchtlich) vergrößert und verdickt gefühlt werden konnte; immer waren Magen- und Darmstörungen zugegen, auch Ikterus stellte sich in sämmtlichen Fällen früher oder später ein. Ascites wurde in 3 Fällen beobachtet. Fieber fehlte immer. Die Dauer der Krankheit betrug 2—8 Monate.

Die Diagnose ist natürlich schwer, kann aber zuweilen wohl gestellt werden, besonders wenn sekundäre Carcinome gefunden werden und primäres Carcinom anderer Organe auszuschließen ist. Bemerkenswerth ist das Vorhandensein sekundärer Krebsknoten im kleinen Becken bei einem der mitgetheilten Fälle.

Anatomisch lassen sich, wie Verf. wohl mit Recht bemerkt, primäre Carcinome der Gallenblase auch dann mit Sicherheit als solche erkennen, wenn andere Organe (Leber etc.) sekundär ergriffen sind. **Küssner** (Halle a/S.).

11. **V. H. Belleti.** Un caso di trombosi cerebrale per ateromasia vasale viveluto (offenbart) specialmente per l'iperemia collater. consecutiva.

(Gaz. d. ospit. 1883. No. 71.)

Eine 58jährige Frau, die 1877 eine in wenigen Tagen vorübergehende (linksseitige?) Gesichtslähmung und im Mai 1882 eine wenige Wochen andauernde Lähmung des (linken?) Armes erlitten hatte, erkrankt Ende August 1882 an einer nahezu vollkommenen Paralyse des linken Beines. Am 4. September desselben Jahres bekommt sie einen Anfall: sie stürzt hin, hat erweiterte unbewegliche Pupillen, 60 Pulsschläge, 37° Temperatur und klagt über einen heftigen, andauernden Kopfschmerz ohne irgend welche neue Lähmung. Letzterer so wie große Unruhe und Schlaflosigkeit dauern 6—7 Tage an, wonach allmähliche Besserung eintritt, nur bleibt eine gewisse Muskelschwäche und geistige Depression, insbesondere Abnahme des Gedächtnisses zurück. B. erklärt sich das ganze Krankheitsbild in der Weise, dass durch eine Thrombose der Art. foss. Silv. die corticalen Centren des Gesichts, Armes und Beines der linken Seite mehr oder minder getroffen seien,

dass der Anfall im September die Folge einer kollateralen Hirnkongestion gewesen und aus den zurückgebliebenen Schwächezuständen sich auf beginnende Erweichung schließen lasse. **Kayser** (Breslau).

12. **Singert.** Note sur un cas d'hémiplégie motrice accompagnée d'hémianesthésie sensitive et sensorielle traité avec succès par l'emploi des aimants.

(Union méd. 1883. No. 97.)

Eine 57jährige Frau hat vor einem Jahr nach 14tägigem Kopfschmerz und Schwindel einen apoplektischen Anfall gehabt, nach dem eine sensible und motorische Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte zurückblieb. Heilung der Hemiplegie in wenigen Wochen unter Gebrauch von Bromkalium und dem konstanten Strom; Fortbestehen von Kopfschmerz und Schwindel. Am 20. August 1882 »bemerkte die Kranke von Neuem eine Schwäche der rechten Seite und am folgenden Morgen war die ganze rechte Seite gelähmt«. Bei der Aufnahme fand sich absolute motorische und sensible Lähmung des rechten Arms (kein Blut bei Nadelstichen), eine nicht vollständige im rechten Gesicht und Bein. Gehör, Geruch und Geschmack sind ganz aufgehoben, am rechten Auge wird völlige Farbenblindheit konstatirt. Da bei Gebrauch von Brom bis zum 23. keine Besserung eingetreten, wird ein großer Hufeisenmagnet und bald darauf ein zweiter angelegt. Seitdem dauernd fortschreitende Besserung (Aufhören der letzten Lähmungssymptome am 7. Sept.), jedoch unter gleichzeitigem Auftreten einer linksseitigen Cephalalgie, wie sie ja bei Anlegung des Magneten öfters beobachtet worden ist; dieselbe wurde durch Bromkalium beseitigt.

Wenn Verf. eine Erweichung im hinteren Abschnitt der inneren Kapsel in Folge von Atherom der Hirnarterien für das Wahrscheinlichste hält und gegen die Diagnose der Hysterie geltend macht den Mangel anderweitiger hysterischer Symptome und das Nichtauftreten des Transfert bei Anlegung des Magneten, so dürften diese Gründe gegenüber dem ganzen Verlauf des Falles, speciell der eigenthümlichen Form der Sehstörung gegenüber, wohl nicht genügend ins Gewicht fallen. **Strassmann** (Leipzig).

13. **R. Lépine.** Sur un cas de paralysie du mouvement des quatre derniers doigts.

(Revue de méd. 1883. No. 7.)

Eine 28 Jahre alte phthisische Pat. bot plötzlich eine beschränkte Lähmung im rechten Arme dar und zwar derart, dass während die Bewegungen des Daumens fast intakt waren, die übrigen 4 Finger absolut keine Bewegungen ausführen konnten. Die Sensibilität überall vollkommen normal. Die Pat. starb kurze Zeit nachher und ergab die Autopsie als Grund für die Lähmung linkerseits einen in den Meningen befindlichen linsengroßen tuberkulösen Herd, der seinen Sitz in der Furche zwischen aufsteigender Scheitelbeinwindung (marginale postérieure) und Scheitelläppchen hatte, in einer horizontalen Linie, die durch den Fuß der zweiten Stirnwindung hindurchging. Ob dorthin das Centrum für die Bewegung der Finger ohne den Daumen, welchem dann ein specielles Centrum zukäme, zu verlegen sei, wagt Verf. nicht zu entscheiden. **E. Stadelmann** (Königsberg).

14. **R. Lépine.** Sur un cas d'épilepsie avec congestion cérébrale insolite consécutive à l'attaque.

(Revue de méd. 1883. No. 7.)

Ein außerordentlich kräftiger junger Mann leidet an seltenen, wenig ausgesprochenen aber unzweifelhaften epileptischen Anfällen mit Bewusstseinsverlust. Er stürzt während eines solchen Anfalles von einem Baume herab ohne weiteren Schaden zu nehmen. Dagegen zeigt er danach eine bedeutende Erregtheit, große Röthe des Gesichts, lebhafte Sprache, sehr beschleunigten Puls und Respiration.

Diese »Hirnkongestion« dauert, langsam abnehmend, 8 Tage an. Bromkalium und Ergotin beeinflussen augenscheinlich die Besserung. Potus ist ausgeschlossen.

E. Stadelmann (Königsberg).

15. Charles Mercier. A Study of a case of epilepsy.

(Brain 1883. Juli. Part XXII.)

Der Fall von Epilepsie, der dem Verf. Gelegenheit zu einer sehr eingehenden Besprechung bietet, zeichnet sich durch verschiedene Besonderheiten und ungewöhnliche Verlaufsphasen aus. Zunächst durch ein auffallend langes (bis zu mehreren Tagen dauerndes) Vorstadium, eine psychische Aura, die sich durch Änderung in dem Wesen der Kranken und große psychische Depression charakterisirte. Während des interparoxysmalen Stadiums beobachtete man neben allgemeiner Rigidität isolirte Krämpfe (in der Muskulatur des linken Mundwinkels) und abnorme Zustände in den Respirationsmuskeln. Auch die konvulsivischen Attacken hatten einen besonderen, sich meist in gleicher Weise wiederholenden Charakter. Die Wiederkehr zum normalen Zustand nahm ebenfalls längere Zeit in Anspruch und war von verschiedenen Folgeerscheinungen begleitet, vorübergehenden Lähmungssymptomen, besonders aber länger dauernder Anarthrie und aphasischen Zuständen.

Eisenlohr (Hamburg).

16. G. Zesas. Durchtrennung des Nervus ulnaris.

(Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 47.)

Durch Eindringen eines Glassplitters in den Vorderarm war der N. ulnaris rechts durchtrennt worden. Fünf Monate nach der Verletzung bestand totale motorische (mit Kontrakturen) und sensible Lähmung, vasomotorische und trophische Störungen. Beide Nervenenden wurden angefrischt und durch die paraneurotische Naht vereinigt; die Funktionen des Nerven stellten sich im Laufe weniger Monate wieder her. Die mikroskopische Untersuchung der abgetragenen Nerventheilchen ergab entzündliche und degenerative Processe.

Strassmann (Leipzig).

17. Gouguenheim. Aphonie nerveuse chez un tuberculeux.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. No. 5.)

Bei einem an ausgesprochener Lungenschwindsucht leidenden 29jährigen Pat. wechselte völlige Aphonie mit normaler Stimme ab; so war Pat., wenn er laryngoskopirt wurde, regelmäßig im Stande beim Phoniren einen deutlichen Ton zu erzeugen, welcher nach beendeter laryngoskopischer Untersuchung sofort verschwand; der objektive Befund an den Stimmbändern reichte nicht aus, um die bestehende Funktionsstörung zu erklären. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

18. John N. Mackenzie. On a hitherto undescribed malformation of the naso-pharynx.

(Archives of laryngology vol. IV. Hft. 3.)

Der Fall betrifft ein mit adenoiden Vegetationen behaftetes 14jähriges sonst gesundes Mädchen, bei welchem die Digitaluntersuchung des Nasenrachenraumes ein später durch die Rhinoscopia posterior bestätigtes knöchernes, den Nasenrachenraum sagittal halbirendes Septum ergab. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

Druckfehler.

In No. 8 p. 124 Z. 23 v. u. lies: welchen offenbar die Idee statt: welcher Idee
125 » 24/25 v. o. » vaccinal statt: vaccinae
127 » 18 » » » segmentirter statt: facettirter

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 10. Sonnabend, den 8. März. **1884.**

1. J. Bizzozero und A. A. Porre. Über die Entstehung der rothen Blutkörperchen bei den verschiedenen Wirbelthierklassen.

(Virchow's Archiv Bd. XCV. p. 1—25.)

2. J. Bizzozero. Über die Bildung der rothen Blutkörperchen. Anhang zur vorhergehenden Arbeit.

(Ibid. p. 26—45.)

B. hatte bereits in früheren Untersuchungen auf die große Verbreitung karyokinetischer Zelltheilung für die Vermehrung der rothen Blutkörperchen bei den verschiedenen Thierklassen hingewiesen. Abgesehen vom Warmblüter (Vögel und Säugethiere) hatte er auch bei den verschiedenen Klassen der Reptilien den genannten Process der Vermehrung der rothen Blutkörper festsetzen können. Neuere Beobachtungen ergaben nun, dass bei den Sauriern (Podarcis muralis, Lacerta viridis, Anguis fragilis), bei den Cheloniern (Testudo graeca),

bei den Ophidiern (Vipera aspis, Tropidonotus natrix) und bei den schwanzlosen Amphibien (Hyla, Bufo, Rana) das Knochenmark als der eigentliche Bildungsherd der rothen Blutkörperchen anzusehen ist, während bei den geschwänzten Amphibien (Triton, Salamander, Axolotl und Glossoliga) die Milz die Bildungsstätte der rothen Blutkörper darstellt. Hier wurden stets jugendliche rothe Blutkörper und reichliche karyokinetische Theilungsfiguren bei frisch eingefangenen oder gefangenen und gutgenährten Exemplaren getroffen. Verff. haben im Milzblute auch direkt unter dem Mikroskope Theilungsvorgänge an rothen Blutkörperchen beobachten und nachträglich konstatiren können, dass es sich um indirekte Theilung handelte.

Auch an Fischen haben Verff. Untersuchungen über die Vermehrung rother Blutkörper angestellt (Tinca, Anguilla, Salmo, Leuciscus). Außer im Blute fanden Verff. hier noch in der Milz und in einem Theil des Nierengewebes (von Feuerstack, Zeitschr. f. wiss. Zoologie Bd. XXXVIII p. 158, für den Triton und Aal bereits hervorgehoben, Ref.), den sie als cytogene Portion der Niere bezeichnen, Neubildung rother Blutkörper. Indirekte Kerntheilungsfiguren können jedoch bei Fischen nur selten aufgefunden werden, wohl aber beschreiben Verf. Formen, welche darauf hinweisen, dass bei Fischen die rothen Blutkörperchen sich auch durch direkte Theilung vermehren können. Dass aber die indirekte Kerntheilung auch bei Fischen eine wichtige Rolle für die Vermehrung der rothen Blutkörperchen spielt, geht aus Versuchen hervor, in denen Verff. die Blutbildung bei Leuciscus nach wiederholten Aderlässen untersucht haben.

In dem Anhange zu dieser Arbeit, der zu einem ausführlichen Referate nicht geeignet erscheint, bespricht Verf. nur die von anderen Autoren (Rindfleisch, Hayem, Malassez, Pouchet) aufgestellten Theorien der Blutbildung und sucht die Unhaltbarkeit derselben gegenüber der sicher konstatirten indirekten Kern- und Zelltheilung bei der Neubildung rother Blutkörperchen nachzuweisen. Über das eigentliche Bildungsmaterial der jugendlichen rothen Blutkörperchen vermag auch Verf. bestimmte Angaben nicht zu machen. Hervorgehoben sei noch, dass Verf., wie früher bereits Fox und Salvioli angegeben hatten, in ganz frühen Embryonalstadien sehr zahlreiche karyokinetische Theilungsfiguren im cirkulirenden Blute fand; erst später konnte eine Ansammlung derselben in bestimmten Organen (Leber, Milz, Knochenmark) nachgewiesen werden. So fand Verf. schon in 8tägigen Froschlarven in dem aus dem angeschnittenen Schwanze ausfließenden Blute Theilungsfiguren. Auch in 60 Stunden alten Hühnerembryonen wurden Theilungsfiguren im Blute gefunden. Gegen den 6. Tag nehmen die Theilungsformen im cirkulirenden Blute an Zahl ab, und gegen den 8. oder 9. Tag werden sie immer spärlicher und können von da ab in großer Zahl in Leber, Milz und Knochenmark nachgewiesen werden. Verf. schließt daraus, dass die

Blutbildung in den ersten Embryonalstadien im cirkulirenden Blute vor sich gehe (? Ref.). **Löwit** (Prag).

---

3. **Örtel.** Über Ernährung mit Hühnereiern.

München, **M. Rieger'sche** Universitätsbuchhandlung, 1883.

Gestützt auf die Angaben verschiedener älterer Forscher, nach denen ungeronnenes Hühnereiweiß vom Magen aus aufgenommen direkt in das Blut übergehen und Albuminurie bewirken sollte, hat Senator vorgeschlagen bei Eiweißharnen den Genuss von Eiern ganz zu verbieten, und auch die Fleischzufuhr so viel wie möglich einzuschränken. In Anbetracht der praktischen Wichtigkeit dieser Frage stellte Ö. folgende Versuche an: 1) Er gab Pat. mit mäßigen Kreislaufsstörungen a. halbgeronnenes, b. ungeronnenes Eiweiß (innerhalb 12 Tagen 72 rohe Eier mit einem Eiweißgehalt von 460,8 g trocknem Eiweiß). Der vorher eiweißfreie Harn enthielt auch nach Eingabe jener großen Quantitäten von Eiweiß kein Albumen. 2) Er fütterte einen Hund von 7,44 kg Körpergewicht mit 200 g Fleisch und dem Eiweiß von 5—10—15 Eiern pro Tag. Der Harn blieb eiweißfrei. 3) Rohes Hühnereiweiß bewirkte bei Kranken mit Albuminurie keine Vermehrung des Eiweißes im Harn.

Es ergiebt sich somit, »dass auch eine ganz bedeutend vermehrte Aufnahme von Eiweiß in das Blut zu keiner Ausscheidung von Eiweiß durch die Nieren führt, und speciell Hühnereiweiß keine Reizung der Nierengefäße und Albuminurie oder eine Steigerung einer bereits bestehenden veranlasst«. **F. Röhmann** (Breslau).

---

4. **J. Munk.** Der Einfluss des Asparagins auf den Eiweißumsatz und die Bedeutung desselben als Nährstoff.

(Virchow's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3. p. 436.)

Bekanntlich laufen eine große Anzahl chemischer Processe im Organismus des Pflanzenfressers anders ab als in dem des Fleischfressers. M. hat dafür einen neuen Beweis geliefert. Während nämlich nach Weiske das Asparagin bei den Herbivoren im Hungerzustande den Eiweißzerfall beschränkt und dem Futter zugesetzt bis zu einem gewissen Grade das verdauliche Eiweiß zu ersetzen vermag und damit für die Ernährung eine gewisse Bedeutung gewinnt, besitzt es nach den in vorliegender Arbeit an Hunden angestellten Stoffwechselversuchen für die Ernährung der Carnivoren weder die Bedeutung eines Nährstoffes noch eines Sparmittels für den Eiweißumsatz.

Die chemischen Details müssen im Original nachgelesen werden.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

5. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Unter Specialredaktion von A. Wernich herausgegeben von August Hirsch.

Wien u. Leipzig, **Urban & Schwarzenberg.**

Die ersten Lieferungen dieses in großem Maßstabe angelegten Sammelwerkes, das gewissermaßen die historische Ergänzung der in demselben Verlage erschienenen Eulenburg'schen Real-Encyklopädie bildet, erfüllen durchaus die Erwartungen, zu denen die Namen der Herausgeber und Mitarbeiter berechtigten. Nach einem ausführlichen Verzeichnis der gesammten vorhandenen medicinisch-biographischen Litteratur beginnt die Reihe der Einzelartikel, unter denen sich schon in diesen ersten Heften verschiedene sehr interessante befinden. Wenn dem Leser ein Bedenken aufsteigen kann, so ist es das, ob nicht bei der Auswahl der aufzunehmenden Namen mit gar zu großer Liberalität verfahren worden ist und ob nicht aus diesem Grunde der Umfang des Werkes ein allzugroßer werden wird.

Die Ausstattung des Werkes schließt sich durchaus der der Real-Encyklopädie an und ist durchweg lobenswerth.

G. Kempner (Berlin).

---

6. **Ewald.** Über das Schluckgeräusch.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 52.)

7. **Zenker.** Über die Schlinggeräusche.

(Ibid. 1884. No. 3.)

Untersuchungen von Kronecker und Meltzer haben uns neue Aufschlüsse über den Mechanismus des Schluckens gebracht, wonach die Schluckmasse zunächst durch den Ösophagus hindurch geschleudert wird aus einem Raum, den die nach hinten zurückgezogene und an den harten Gaumen angedrückte Zunge bildet. Alsdann tritt als zweiter Akt eine langsame von oben nach unten gehende Peristaltik des Ösophagus ein, durch welche die etwa noch haftengebliebenen Reste allmählich nach dem Magen befördert werden. Bei der Auskultation des Magens hört man entsprechend den beiden Akten auch zwei Geräusche, von denen das erste von Meltzer als »Durchspritzgeräusch« bezeichnet wurde, entstanden durch den oben erwähnten Spritzakt, durch welchen die Hauptmasse der Ingesta in den Magen geschleudert wird, während er das zweite, als »Durchpressgeräusch« bezeichnete Phänomen von dem Hindurchpressen des letzten Ösophagusinhaltes durch den nunmehr ablaufenden Akt der Peristaltik ableitete. Lässt man mehrere Male hinter einander schlucken, so hört man jedes Mal das erste Geräusch und erst am Schlusse das zweite.

E. hat nun diese auskultatorischen Erscheinungen an einer großen Zahl von gesunden und kranken Individuen eingehend studirt und ist dabei bis auf einige Punkte zu ähnlichen Resultaten gekommen

wie Meltzer. Er fand bei einer großen Zahl von Beobachtungen beide Geräusche mit großer Deutlichkeit, während Meltzer die Angabe macht, dass das zweite häufig vermisst wird, wenn das erste besonders deutlich ist. Ferner fehlten bei einer Reihe von Individuen beide Geräusche, ohne dass sich ein Grund dafür auffinden ließ. Manchmal war das Geräusch zuerst deutlich vorhanden, fehlte aber bei einer späteren Untersuchung. Meist sind es aber sehr geschwächte und herabgekommene, zum Theil schon in der Agone liegende Individuen, bei welchen die Phänomene nicht mehr wahrnehmbar sind. Des Weiteren fand E. häufig eine ganze Reihe von auf einander folgenden sekundären Geräuschen nach einem einzigen Schluckakt, und endlich kamen genau dieselben Geräusche ohne vorangegangenen Schluckakt theils während der Mahlzeit, theils während längerer Zeit nach derselben vor.

E.'s Bemühungen, die fraglichen Phänomene diagnostisch zu verwerthen, waren von keinem Erfolge gekrönt. Das Hauptresultat seiner Untersuchungen war eine andere Ansicht, die er über den Entstehungsmechanismus der sekundären Geräusche gewann. Diese werden nach seiner Überzeugung durch Kontraktion der Magenmuskulatur hervorgerufen, welche in Folge eines Reflexreizes durch die in den Magen gelangten Schluckmassen entsteht. Seine Hauptargumente sind folgende: Das zweite Geräusch wird häufig gehört nach einem einzigen Schluck Wasser, wo von einer Nachbeförderung von Ösophagusinhalt nicht die Rede sein kann, man vernimmt es unabhängig vom Schluckakt, man kann es hören, wenn man durch elektrische Reizung der Magenwand eine Kontraktion ihrer Muskulatur hervorruft, ja es entsteht sogar, wenn man Wasser nicht durch den Schluckakt, sondern durch die Schlundsonde in den Magen befördert. E. verwirft desshalb auch die Bezeichnungen Durchspritzgeräusch und Durchpressgeräusch und schlägt dafür die nichts präjudicirenden Benennungen primäres und sekundäres Geräusch vor.

In seiner an die E.'sche Arbeit anknüpfenden Notiz macht Z. darauf aufmerksam, dass er die in Rede stehenden Phänomene bereits in einer früheren Arbeit beschrieben und auf ihre diagnostische Verwerthbarkeit untersucht hat. Er bezeichnet E.'s sekundäres Geräusch als Cardialgeräusch und schließt sich der Ansicht an, dass es an den Übertritt des Bissens in den Magen gebunden ist.

Unverricht (Breslau).

---

8. **Virchow.** Über Nephritis arthritica.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 1.)

Seine eigene Erkrankung ist für V. die Veranlassung geworden, seine reichen Erfahrungen und in vielen Beziehungen von den landläufigen Lehren abweichenden Ansichten über das obige Thema in extenso vorzutragen. V.'s lichtvolle Ausführungen werden nicht verfehlen, eine Reihe von Unklarheiten, die sich in der Lehre von der

Gichtniere selbst bei modernen Autoren noch geltend machen, endgültig zu vernichten und den Grundstein für den wissenschaftlichen Fortbau auf diesem Gebiete zu bilden.

Mit voller Schärfe betont V. zunächst, dass das Vorkommen harnsaurer Konkremente in der Blase und im Nierenbecken mit dem Bestehen von Gicht nichts zu thun habe, ja dass nach seinen Erfahrungen die Zahl der Fälle sogar eine sehr kleine sei, wo Gicht und harnsaure Konkretionen bei demselben Individuum zugleich vorkommen.

Verf. giebt zunächst einige Aufklärungen über das Wesen des gichtischen Processes, der sich durch die Ablagerung einer mörtelartigen, aus saurem harnsaurem Natron bestehenden Substanz in die Gelenkhöhle charakterisirt. Diese Substanz bildet den Gichtknoten und bedingt zugleich den Unterschied gegenüber den anderen Formen, den Nodi und Exostoses, welche aus wirklicher Knochensubstanz bestehen und organisirte Gebilde sind. Die letzteren Veränderungen sind häufig mit der Bezeichnung Arthritis pauperum belegt worden, so lange man das Zustandekommen echter gichtischer Ablagerungen in den Gelenken als ein ausschließliches Attribut einer üppigen Lebensweise betrachtete. Es kommt aber auch unter der ärmeren Bevölkerung echte Gicht mit harnsauren Konkrementen in den Gelenken vor, und man darf wohl die Lehre, welche die Gicht überhaupt von einer luxuriösen Aufnahme von Albuminaten abhängig macht, definitiv als eine irrige bezeichnen. Allerdings kann die Gicht mehr akut, paroxysmenartig in die Erscheinung treten oder mehr chronisch und latent verlaufen, je nachdem ein großes stickstoffhaltiges Material für die Zersetzungsprocesse des Körpers zur Verfügung steht oder in Folge mangelhafter Zufuhr die Stoffwechselprodukte nur langsam und allmählich in die Gelenke deponirt werden, und daher mögen wohl gewisse Differenzen in der Verlaufsweise der Gicht bei Reichen und Armen bedingt sein, daher mögen sich auch die Formen latenter Gicht erklären, bei denen die Paroxysmen, also das, was gerade den Verlauf der Gicht so eigenthümlich und charakteristisch erscheinen lässt, gar nicht eintreten.

Was nun das Verhältnis der Gicht zu den Nieren anlangt, so kommt es auch hier zur Ablagerung harnsaurer Konkretionen, jedoch nicht wie beim Nierengries im Nierenbecken und in den Kelchen, sondern in der Niere selbst und zwar in den Harnkanälchen. Gewöhnlich sieht man die Absätze im mittleren Theil der Markkegel in Gestalt auffallend weißer, kurzer Striche, die zuweilen so dick erscheinen, dass man schon das Körperliche derselben zu erkennen im Stande ist. Findet man diese Konkretionen in der Niere, so ist auch die Durchsuchung der Gelenke nach ähnlichen Ablagerungen in der Regel nicht resultatlos, und V. spricht direkt aus, dass man bei dem Mangel nachweisbarer Gelenkveränderungen auf Grund des charakteristischen Nierenbefundes dennoch von Arthritis sprechen

könne, so fern man nur unter Arthritis die Überproduktion harnsaurer Salze im Organismus verstehe.

Neben diesen Ablagerungen sind in der Niere gewöhnlich noch die Zeichen einer chronischen interstitiellen Nephritis nachweisbar, die nicht die Nachbarschaft der Ablagerungen, sondern mehr die Nierenoberfläche betreffen und dadurch zu narbenartigen Einziehungen an derselben führen, ähnlich wie bei der syphilitischen und endokarditischen Form der interstitiellen narbenbildenden Nephritis. Später wird die ganze Niere in den Schrumpfungsprocess hineingezogen. So weit kann der Process an den Nieren fortgeschritten sein, ohne dass eine Gelenkaffektion besteht, und man muss in solchen Fällen von einer arthritischen Nephritis ohne Arthritis sprechen.

Was ist nun das Entzündung erregende Element bei diesen Processen? Diese Frage lässt sich wohl kaum anders als mit der Annahme beantworten, dass es das in der Flüssigkeit gelöste Salz ist, welches zunächst um die Glomeruli und in der Peripherie der Rindensubstanz entzündungserregend wirkt, bei seiner Passage durch die geraden Harnkanälchen aber sich dann meist in Gestalt krystallinischer Bildungen abscheidet.

Kann nun aber diese Abscheidung nicht unterbleiben, kann es nicht eine arthritische Nephritis geben, bei der überhaupt keine harnsauren Salze abgelagert werden? Diese Frage wurde V. durch seine eigene Erkrankung nahegelegt. Eine Nierenaffektion, einhergehend mit reichlicher Eiterabscheidung aus den Harnwegen, die ohne gichtische Antecedentien aufgetreten war, bot der pathogenetischen Erklärung große Schwierigkeiten, bis V. auf den ungemein reichen Gehalt an harnsauren Salzen aufmerksam wurde. Ein alkalisches Regime schaffte sofort Linderung und beseitigte schließlich die Affektion vollständig.

Die Hypothese, dass hier ein gichtischer Process vorgelegen habe, der eine besonders intensive Reizwirkung auf die Nieren ausübte, erklärt alle Erscheinungen in befriedigender Weise.

Zum Schluss macht V. noch auf das Vorkommen von Kalkabscheidungen in den Nieren aufmerksam, die eine gewisse Ähnlichkeit mit den gichtischen Ablagerungen darbieten. Der Kalk wird aber in der Tunica propria abgesetzt und das betreffende Kanälchen ist gewöhnlich des Epithels entblößt. Verschieden davon ist endlich die kalkige Ausfüllung der Harnkanälchen, bei welcher der Kalk mitten im Kanälchen drin liegt und zwar bei vorhandenem Epithel.

Unverricht (Breslau).

---

9. **Victor Horsley.** Note on the patellar knee-jeck.

(Brain 1883. Vol. XXIII. p. 369.)

Während in tiefer Narkosis durch Chloroform die oberflächlichen (Plantarreflex) und die tiefen Reflexe (Patellarsehnenreflex) schwinden,

macht die durch Lustgas hervorgerufene Betäubung Ausnahme, und es bleibt der Patellarsehnenreflex erhalten. **Eichhorst** (Zürich).

---

10. **M. Benedikt.** Zur Lehre von der Lokalisation der Gehirnfunktionen.

(Wiener Klinik. Vorträge aus der gesammten praktischen Heilkunde, herausgeg. von Prof. Schnitzler. Wien 1883. Mai bis Juni. Hft. 5 u. 6.)

B. entwickelt im vorliegenden Vortrag eine Reihe von Gedanken und Schlussfolgerungen über die cerebrale Lokalisation, die in sehr vielen Punkten von den gegenwärtig unter den Physiologen und Klinikern herrschenden Ansichten abweichen. Originalität und Selbstbewusstsein bedingen einen ganz besonderen Tenor des Vortrags. Der mit dem Material Vertraute wird vielfache Anregung zum Nachdenken und zur Kritik erhalten; als Einführung in das Studium des Gegenstandes möchte der Vortrag kaum geeignet sein. Wir können nicht näher auf den Gedankengang B.'s und die reichhaltigen Einzelheiten eingehen, sondern wollen nur zur Beurtheilung einige Proben herausheben. Die Anschauungen B.'s bezüglich der »motorischen Funktion« der Großhirnrinde, der motorischen Innervation überhaupt und deren Etappen gehen aus Sätzen, wie die folgenden, die gelegentlich der Erläuterung des Begriffes »Krampf« gegeben werden, hervor. Es giebt ein motorisches System, dessen Unterbrechung eigentliche Lähmung erzeugt; dieses »Bell'sche System« hat seine Bahn im vorderen Antheil der inneren Kapsel, im Hirnschenkel *über* den Pyramiden, dann in den Vordersträngen des Rückenmarks und durch die vorderen Wurzeln. Sein eigentlicher erster Angriffspunkt liegt *nicht* in der Rinde, sondern im Streifenhügel. Neben diesem Bell'schen System der willkürlichen Bewegung giebt es verschiedene »motorische Parallelsysteme«, deren eines die Pyramidenbahn ist. Die Krampfformen sind nun nach B. an Affektionen dieser motorischen Parallelsysteme gebunden, und die Centren und Bahnen der willkürlichen Bewegung im engern Sinne sind anatomisch verschieden von den Centren und Bahnen der Krampfformen. Die motorischen Parallelsysteme sind zum Theil *Hemmungssysteme*, deren Ausfall Krampfformen erzeugt. *Lähmung im »Bell'schen« Sinne* ist keine nothwendige Ausfallserscheinung eines motorischen Theils überhaupt, also auch keines motorischen Rindentheils. Es geht dagegen nach B. aus den klinischen Thatsachen mit Wahrscheinlichkeit hervor, dass die erregbare Zone der Hirnrinde ein Centrum eines motorischen Parallelsystems enthält, dessen Reizung zunächst halbseitige Konvulsionen erzeugt; die erregbare Zone ist also ein »Konvulsionscentrum«. Wenn Lähmungen nach Rindenläsionen beim Menschen zurückbleiben, so ist dies durch eine — vorübergehende — *Hemmungswirkung* oder durch *sekundäre trophische Affektion* der subcorticalen Centren bedingt. Auf letztere sekundär-trophischen Wirkungen von Seiten

der verletzten Rindencentren auf tiefer liegende motorische Hirntheile, die B. in Analogie bringt mit der Neuroretinitis und Papillitis zahlreicher Hirnerkrankungen, legt er besonderes Gewicht. Wie man sieht, weichen B.'s Ansichten über die motorischen Funktionen des Großhirns nicht nur von denen der Anhänger, sondern auch von denen der Gegner der »Rindenlokalisation« (Schiff, Goltz, Couty) erheblich ab. Bei der Betrachtung des klinisch-pathologischen Materials knüpft B. hauptsächlich an die Zusammenstellung von Exner an. Trotz seiner Zweifel, ob überhaupt das bisherige klinische Material zu physiologischen Schlüssen geeignet sei, bezeichnet B. doch die Methoden Exner's »was Technik und gewisse Denkformen anbetrifft« als mustergültig, und reproducirt ziemlich weitläufig die Resultate Exner's bezüglich der Rindenfelder. Es beruht jedenfalls auf sehr subjektivem Eindruck, wenn B. behauptet, es sei die verbesserte Methode von Exner, die den Satz von Hitzig und Charcot gesichert, dass die erregbare Zone in einer engeren Beziehung zu den motorischen Symptomen der Epilepsie stehe. Bei Erwähnung der mit dem Namen Jackson's bezeichneten Rindenepilepsie nimmt B. mit großer Bestimmtheit die Priorität der Entdeckung dieses Konnexes für sich in Anspruch, gestützt auf eine Diagnose in seiner Elektrotherapie.

Eine etwas zu große Selbstgefälligkeit in seiner kritischen Vorsicht gegenüber den anderen Klinikern, die noch nicht geschult sind, »in kombinirten biologischen Gleichungen zu denken«, scheint uns B. an verschiedenen Stellen seiner Ausführungen zur Schau zu tragen. Wir müssen — auf die Gefahr hin, für unfähig zu jener intellektuellen Operation gehalten zu werden — gestehen, dass wir in dem auf p. 155 mit Nachdruck erwähnten »Diffusionsgesetz« B.'s keine wesentliche Förderung des anatomischen Verständnisses der centralen Nervenkrankheiten erblicken können. In Wahrheit enthält dieses Gesetz, wie es von B. l. c. ausgedrückt wird, eine starke petitio principii.

Glücklicher scheinen uns die Ausführungen B.'s über die »Schaltorgane«, Associationssysteme für gewisse Kombinationen von Vorstellungsreihen und Muskelbewegungen. Im Ganzen wird man dem Vortrag B.'s die Anerkennung eines selbständigen und vielfach auch scharfsinnig durchgeführten Raisonnements nicht versagen können.

Eisenlohr (Hamburg).

---

11. **J. Crichton-Browne.** The pulmonary pathology of general paralysis.

(Brain 1883. Okt. Part. XXIII. p. 317.)

Obschon es nicht zweifelhaft sein kann, dass die primären Veränderungen der allgemeinen Irrenparalysis auf der Hirnrinde zu suchen sind, so kommt daneben doch auch eine Reihe von sekundären Störungen in Betracht, welche namentlich auf den schließlichen letalen Ausgang der Krankheit von großem Einflusse sind. In erster Linie

sind hier Veränderungen an den Lungen zu nennen. Verf. sammelte seine diesbezüglichen Erfahrungen an einem Materiale von 100 Sektionen, worunter 80 Männer und 20 Frauen. Das Leiden hatte bei beiden Geschlechtern durchschnittlich im 40. Lebensjahre begonnen, nahm dann aber bei Männern schnelleren Verlauf als bei Frauen. Der älteste Mann hatte zur Zeit des Todes ein Alter von 55 Jahren erreicht, während die bejahrteste Frau im Alter von 57 Jahren starb. Der jüngste Mann starb 24 Jahre, die jüngste Frau 32 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug für Männer $41^1/_2$ und für Frauen $42^1/_2$ Jahre. Die Hospitalbehandlung währte für Männer wenig mehr als 16, für Frauen dagegen etwas über 24 Monate.

Unter dem Einflusse der allgemeinen Irrenparalysis nimmt das Gewicht der Lungen mehr und mehr ab, wahrscheinlich, weil wie in anderen Organen und Geweben, so auch in den Lungen vorzeitige atrophische Vorgänge Platz greifen.

Die Pleuren waren in 64 Fällen erkrankt, wobei in 5 Beobachtungen frischer Entzündung. Bei einseitiger Erkrankung war häufiger die rechte als die linke Seite betroffen. Lungenhypostasis kam 49mal vor, darunter 38mal in beiden Lungen. In 13 Fällen wurde Lungenentzündung beobachtet, während in 25 Leichen phthisische Lungenveränderungen anzutreffen waren. 2mal fand sich Lungenabscess. Die Reflexionen über den Zusammenhang zwischen den Erkrankungen des Centralnervensystems und der Respirationsorgane s. im Original.

Eichhorst (Zürich).

---

12. **P. Unna.** Über das Keratoma palmare et plantare hereditarium. Eine Studie zur Kerato-Nosologie. (Mit 1 Tafel.)

(Zeitschrift für Dermatologie u. Syphilis 1883. Hft. 2. p. 231—270.)

Ein wichtiger Zuwachs zu der vorliegenden spärlichen Kasuistik. Verf. beobachtete an fünf Familienmitgliedern innerhalb zweier Generationen, so wie einer Mutter mit ihren drei Kindern die seltene im Titel genannte und missbräuchlich als Ichthyosis palmaris et plantaris bezeichnete Krankheit und hebt als wesentliche Charaktere derselben die bedeutende Konsistenz der Hornschwarten, den plötzlichen Übergang der gesunden in die krankhaft veränderte Haut, die vollkommen erhaltene Schweißsekretion so wie Druckempfindlichkeit hervor. Einer dieser Fälle wurde durch Einpinselung mit einer mit etwas Fett versetzten ätherischen Lösung von Salicylsäure (10%) geheilt; auch bei den übrigen Kranken erwiesen sich Salicylsäurepräparate von Nutzen.

Im Anschluss an die einschlägige Litteraturwiedergabe verbreitet sich Verf. eingehend über das ganze Gebiet der Keratonosen unter wesentlicher Berücksichtigung des Auspitz'schen Systems — rücksichtlich der Details muss auf das Original verwiesen werden — und kommt zum Schlusse, dass Hauthorn (Keratoma) und Ichthyosis (Keratosis) keineswegs, wie zuerst Lebert geltend gemacht, als

circumscripte und diffuse Form desselben Leidens, sondern als dem Wesen nach verschiedene Processe aufzufassen seien. Die Hauthörner beginnen mit einer umschriebenen Epithelwucherung, bei der Ichthyosis tritt primär eine Hyperkeratose auf, der ein abnorm festes Zusammenhalten der Hornzellen zu Grunde liegt. Die Hauthörner unterliegen den Gesetzen der allgemeinen Oberflächenspannung durch die bekannten Zerklüftungen, während dieselbe bei der Ichthyose, von ihren höchstentwickelten Formen abgesehen, durch eine eigenartige Flächenausdehnung der Hornschicht überkompensirt wird. Hier werden die Beugen frei gelassen, dort nicht; hier sind die befallenen Stellen trocken, bei dem Keratoma palmare und plantare fällt die Idrose reichlich aus. Während sich die Ichthyose allmählich in die gesunde Haut verliert, grenzt sich das Hauthorn scharf gegen dieselbe ab. Das erbliche Hauthorn tritt bereits in den ersten Lebenswochen an genau identischen Stellen, die hereditäre, für das männliche Geschlecht eine ausgeprägte Vorliebe zeigende Ichthyose frühestens im 2. Lebensjahre auf. Akute Exantheme haben die letztere Affektion wiederholt geheilt, auf die Hauthörner üben sie keinerlei Einfluss. Hingegen bildet nach U. die Heilbarkeit der letztgenannten kein Differentialmoment, in so fern er von der Unheilbarkeit der Ichthyose nicht überzeugt ist.

Es nähert sich nach obigen Auseinandersetzungen die Ichthyosis in ihren Erscheinungen der Psoriasis mehr, als den Keratomen.

Verf. zählt nun das Hauthorn mit dem spitzen Kondylom, der Verruca etc. zu den Akanthomen und gelangt bezüglich der Keratome, von der Auspitz'schen Gruppe der Hyperkeratosen abweichend, zu folgender Eintheilung:

1) Primäre Hyperkeratosen, abhängig von chronischen Cirkulationsstörungen, diffus auftretend, aber an den Follikeln umschriebene Retentionsstörungen veranlassend. Hierher gehört die Akne, der Lichen follicularis, das Narbenepitheliom.

2) Parakeratosen, diffus oder herdweise auftretend, mit Epithelwucherung, Zerstäubung der Hornschicht und Abschwächung der Idrose verbunden. Hierzu zählen die Ichthyose, die Pityriasis simplex und rubra, Seborrhoea sicca, Psoriasis und der Lichen ruber.

Fürbringer (Jena).

---

13. **Felix Semon.** Über die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des N. laryng. inferior (recurrens).

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 46—49.)

Die außerordentlich inhaltreiche, eine erschöpfende Übersicht über die auf den Gegenstand bezügliche Litteratur liefernde Arbeit, ist durch eine Würzburger Dissertation (Duvening, Lähmung der M. crico-arytaenoid. postici bei Phthisis pulmonum, Würzburg 1883) veranlasst worden, in welcher Duvening unter Beziehung auf einen von Schnitzler beobachteten Fall sich zu dem Ausspruch für be-

rechtigt hält, dass die zuerst von S. vertretene, durch zahlreiche Beobachtungen gestützte Anschauung, wonach »bei organischer Erkrankung der Centren oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven im Anfang regelmäßig eine isolirte Lähmung der die kehlkopferweiternden Muskeln versorgenden Nervenfasern zu konstatiren sei«, durch den Schnitzler'schen Fall, in welchem die Kehlkopfverengerer zuerst gelähmt gewesen sein sollten, als irrig und nicht allgemein zutreffend bezeichnet werden müsse. Es ist S. bis ins Detail hinein gelungen, die Duvening'sche Behauptung aufs entschiedenste zu widerlegen und das um so leichter, als er den von Duvening citirten Schnitzlerschen Fall selbst gesehen und dabei ein durchaus anderes, zu Gunsten seiner eben erwähnten Auffassung sprechendes Untersuchungsergebnis gewonnen hat. Es ist unmöglich, auf alle Einzelheiten der mit großer Gewandtheit geschriebenen, durch den an vielen Stellen angeschlagenen, übrigens durchaus berechtigten, scharf polemischen Ton an Werth nur gewinnenden Arbeit einzugehen, es sei nur hervorgehoben, dass S. nach einem historischen Überblick auf den das vorliegende Thema berührenden Stoff 57 zum großen Theil selbst beobachtete und zu mehr als einem Drittel durch die Sektion bestätigte Fälle von ein- und doppelseitiger Lähmung der M. crico-arytaenoid. postici zusammengestellt hat, welche die allgemeine Gültigkeit der von ihm in seiner ersten Arbeit aufgestellten, oben angeführten Behauptung durchaus beweisen. (Ref. ist auf Grund seiner sich freilich nur auf 6 Fälle stützenden Beobachtungen von ein- und doppelseitiger Recurrenslähmung im Stande, die von S. zuerst erkannte und ausgesprochene Gesetzmäßigkeit in dem primären isolirten und oft isolirt bleibenden Gelähmtwerden der die kehlkopferweiternden Muskeln versorgenden Nervenfasern bei organischen, nicht eine plötzliche, komplete Durchtrennung der Wurzeln oder des Stammes der motorischen Kehlkopfnerven bedingenden Läsionen vollauf zu bestätigen.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

14. **Petit.** Tuberculose testiculaire et castration.

(Progr. méd. 1883. No. 41 u. 42.)

Verf. diskutirt die schwierige und wichtige Frage der Exstirpation des tuberkulösen Hodens. Dem Einwurf, dass die Operation nutzlos sei, weil sie die Entwicklung der Krankheit an anderen Stellen des Körpers nicht verhindere, begegnet er mit der Argumentation, dass man nur unter ganz bestimmten Bedingungen der Inokulation und Kontagion tuberkulös werde, die Krankheit durch Eingangspforten in den Körper dringe und örtlich, also auch am Hoden, beginnen könne; zudem liegen nicht nur Fälle vor, in welchen nach der Kastration die Lungen und der übrige Körper völlig gesund geblieben, sondern auch solche, in denen gleichzeitige Lungenerkrankungen nach der chirurgischen Entfernung lokaler tuberkulöser Herde rückgängig geworden, ja ganz geschwunden sind. Immerhin darf nicht außer

Acht gelassen werden, dass in einer Reihe von Fällen bei latenter Tuberkulose das operative, zahlreiche Gefäße eröffnende Trauma eine Autoinokulation des Kranken unter der Form von tuberkulöser Meningitis, akuter Miliartuberkulose etc. erzeugt hat.

In einem vorliegenden Falle, der einen jungen Mann mit einseitiger Hodentuberkulose und Zerstörung des Nebenhodens bei zweifelhaftem Lungenbefund betraf, wurde die Indikation der Entfernung des kranken Hodens sofort gestellt und, da Pat. zustimmte, ausgeführt, weil hier der Wegfall der erkrankten und nicht mehr funktionirenden Keimdrüse für den Träger keinen Verlust der Mannbarkeit involvirte. Um nach der Operation dem Ausbruche anderer tuberkulöser Manifestationen zu begegnen, gilt es, durch ein geeignetes Regimen den für die Entwicklung des Tuberkelpilzes geeigneten Boden zu modificiren. Am wirksamsten erweisen sich zu diesem Behufe forcirte Ernährung, Leberthran in großen Dosen, Landaufenthalt.

Bei doppelseitiger Hodentuberkulose ist die Kastration von dem Grade der Zerstörung der Hoden abhängig zu machen, bei ganz partieller Erkrankung des einen oder anderen Testikels dem Verluste beider jedenfalls eine thunlichst vollständige Entfernung der erkrankten Partien mit Erhaltung des Organs vorzuziehen. Man bewahrt auf diese Weise dem Kranken die Illusion der Mannbarkeit, einen »moralischen« Hoden.

Fürbringer (Jena).

15. O. Lassar. Über Bubonenbehandlung.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1883. No. 12.)

Frische Drüsenentzündungen behandelt Verf. vorzugsweise mit Einreibungen von gleichen Theilen Jodkalium und grüner Seife. Erscheint die Operation indicirt, so wird unter Karbol- und Sublimatirrigation incidirt und ausgelöffelt unter Zurücklassung solcher Drüsenpackete, welche von ganz glatter und straffer Kapsel umschlossen sind. Nach Stillung der Blutung wird mit Jodoform dünn ausgepulvert, mit Sublimatgaze tamponirt, mit Watte gedeckt und der Schwimmhosenverband mit breiten Gazebinden angelegt. Der erste Verband liegt eine halbe, die folgenden je 1—2 Wochen. Zwei bis vier Wochen nach der Operation ist die Heilung vollendet (vgl. Petersen, Druckverband bei Bubonen, dieses Centralblatt 1884 No. 7 p. 132).

Fürbringer (Jena).

16. P. Unna. Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1883. No. 11.)
(Forts. von No. 833 dieses Centralbl. 1883. No. 51.)

Sämmtliche Hautkrankheiten, bei welchen eine Schwefelbehandlung angebracht erscheint, scheiden sich in 2 Reihen, in deren erster Typen: Akne, Pityriasis capitis, Ichthyosis) das Medikament in starken

Dosen, kontinuirlich und bis zur vollkommenen Heilung angewandt werden muss, während es in der zweiten (mit dem Typus Ekzem) in weit schwächerer Dosirung, temporär und nur mit genauer Überwachung desjenigen Zeitpunktes gebraucht werden darf, in welchem seine günstige Wirkung in das Gegentheil umschlägt. Diese doppelsinnige, »reizende« und »austrocknende« Eigenschaft beruht auf einer keratolytischen und keratoplastischen Wirkung des Schwefels bezw. des Schwefelwasserstoffs, dem wirksamen Principe des Schwefels.

Zum Nachweise der erstgenannten Eigenschaft des Schwefels entfettete U. Hornspäne, extrahirte das Nuclein und die leicht löslichen Albuminate mit Ammoniak und digerirte den Rückstand Wochen lang bis zur Umwandlung des Keratins zu einer braunen, zähflüssigen Masse. Nach Verjagung des Ammoniak resultirte gelatinöses gequollenes Keratin, das zu hornartiger spröder Masse eintrocknete. Von diesem Keratin löste Schwefelwasserstoff in drei Tagen 90%.

Die zweite, keratoplastische Wirkung, welche bei den geringsten Dosen beginnt, äußert der Schwefel als reducirendes Mittel, in so fern beim Akt der Verhornung der Epithelien eine Reduktion der organischen Verbindungen konkurrirt oder das Zellenwachsthum durch Sauerstoffentziehung sistirt wird.

Den Einfluss des von außen auf die Haut gebrachten Schwefels denkt sich Verf. auf die jüngere Stachelschicht beschränkt, da eine chemische Wirkung auf die Hornschicht nicht intensiv genug sein kann, um die rasche Gesammtwirkung des Schwefels zu erklären. Im Gegentheil muss die dicke Hornschicht eine starke Schwefelwirkung so weit abschwächen, dass nur die keratoplastische Anfangswirkung sich geltend machen kann. Wahrscheinlich aber dringt die Wirkung bis auf die Cutisgefäße; ja Verf. geht so weit, zu vermuthen, dass auch bei der inneren Schwefeltherapie eine austrocknende (kleine Dosen) und »vasolytische« (große Dosen) Wirkung auf die Endothelien der Blutgefäße zu Stande komme, mit anderen Worten der Durchtritt von Blutplasma und Zellen im ersten Falle gehemmt, im zweiten der Ernährungsstrom gesteigert, d. i. Entzündung herbeigeführt würde. **Fürbringer** (Jena).

---

17. V. Burq. Du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoide.

(Compt. rend. hebd. des séanc. de la soc. de biol. 1883. No. 30. p. 532.)

B. hatte bekanntlich angegeben, dass die dem Kupferstaub beständig ausgesetzten, daher gehörig »durchkupferten« Arbeiter gegen Cholera bestimmt und wahrscheinlich auch gegen Typhus immun seien, so weit nicht Schädlichkeiten anderer Art die heilsame Wirkung des Kupfers paralysirten oder gar überwogen. Er hatte darauf hin den äußerlichen und innerlichen Gebrauch des Kupfers als Prophylaktikum gegen diese Krankheiten empfohlen. Dagegen protestirte in der Académie de médecine Bailly auf Grund von Beobachtungen

an Arbeitern in einer Alfénidefabrik zu Bornel (Oise), welche er keineswegs immun gegen diese Infektionen gefunden hatte. B. sucht diesen Einwand zu entkräften, einmal durch den Nachweis, dass im Alfénide höchstens 65% Kupfer neben Nickel und Zink vorhanden sind; ferner vermisst er die Angabe, ob die Erkrankten auch wirklich vermöge ihrer Beschäftigung dem Kupferstaube ausgesetzt waren. Vor Allem aber hebt er hervor, dass nach officiellen Berichten die Trinkwasserverhältnisse jener Gegend so elend sind, dass diese Schädlichkeit wohl mit der Schutzkraft des Kupfers konkurriren kann. Eine Anfrage in allen großen Alfénide- und Bronzefabriken von Paris hat angeblich die Meinung B.'s so bestätigt, dass er auch die Schutzkraft des Kupfers gegen Typhus jetzt nicht mehr für wahrscheinlich, sondern für sicher hält und sich der Hoffnung hingiebt, ein Gleiches auch für andere Infektionskrankheiten zu finden.

G. Kempner (Berlin).

---

18. **Wertheimber.** Über die Verbreitungsart der Masern, des Scharlachs und der Blattern.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 40.)

19. **Stumpf.** Über die Vertragbarkeit der Masern, des Scharlachs und der Blattern durch dritte Personen.

(Ibid.)

(Vorträge in der Sitzung des ärztl. Bezirksvereins München.)

Beide Reff. sind der Überzeugung, dass das Masernkontagium durch dritte Personen nicht übertragen werden kann. Für Scharlach und Blattern nehmen sie als häufigste Ansteckungsart die unmittelbare vom Kranken selbst ausgehende an, während die Vertragung des Krankheitskeimes durch dritte, gesund bleibende Personen nur ausnahmsweise geschehe.

Die Reff. halten gesetzliche Bestimmungen zum Behufe der Bekämpfung der akuten Infektionskrankheiten für zwecklos und wollen nur bei besonders bösartigen Epidemien der zuständigen Behörde ein Eingreifen durch Ausnahmebestimmungen zugestehen. Auf die Prophylaxe muss natürlich der Hauptnachdruck gelegt werden, insbesondere darf mehr auf Desinfektion der Schulsäle geachtet werden und von Scharlach, Blattern oder Masern genesene Kinder können nach dem Ablaufe einer für jede der 3 Krankheiten bestimmten Minimalfrist nur mit einem von einem approbirten Arzte ausgestellten Gesundheitsatteste zum Schulunterrichte wieder zugelassen werden.

Seifert (Würzburg).

---

20. L. Pagliani. Les oscillations de l'endémie de fièvre typhoïde à Paris en rapport avec la quantité de pluie tombée et les conditions de la canalisation de la ville.

(Arch. ital. de biol. T. IV. Fasc. 1.)

P. hat beim Studium der Pariser Typhoidepidemie von 1882 gefunden, dass Steigerungen der Frequenz der Erkrankungen sich jedes Mal ganz genau anschlossen an Steigerungen der Regenmenge, und zwar gerade dann, wenn der Regen plötzlich in großer Menge gefallen war. Die Zunahme der Erkrankungen folgte regelmäßig 8—14 Tage auf vorhergegangene starke Regen resp. Wolkenbrüche. Verf. bringt beide Erfahrungen in direkten Zusammenhang durch die Annahme, dass durch plötzliche starke Anfüllungen der Abzugskanäle (wobei dieselben sich oft als ungenügend erwiesen hatten, so dass Überschwemmungen etc. stattfanden) die in diesen befindlichen Massen theilweise in den Boden eingepresst würden und von da auf irgend eine Weise in den menschlichen Körper gelangten und hier eben die Krankheit hervorriefen. Ob die Erklärung zutrifft, kann wohl dahingestellt bleiben; beachtenswerth ist das Faktum, das wie gesagt jedes Mal genau stimmte, jedenfalls. **Küssner** (Halle a/S.).

Kasuistische Mittheilungen.

21. Jensen (Allenberg). Ein Fall von Entwicklungshemmung in der motorischen Sphäre des Großhirns.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XIV. p. 752.)

Bei einer 35jährigen nicht mikrocephalen epileptischen Idiotin fand Verf. eine starke Verkümmerung der motorischen Sphäre beider Großhirnhälften, also besonders der Stirn-, Scheitel- und Inselwindungen, wesentlich bedingt durch gänzlichen Mangel resp. sehr geringe Entwicklung der differenzirenden Furchen. Dennoch fehlten weder die Sinnes- noch die motorischen Funktionen vollständig, die Kranke sprach sogar leidlich. Verf. betont die Ähnlichkeit seines Falles mit den Beobachtungen, welche Goltz an seinen durch Rindenausspülung verblödeten Hunden machte, bei denen außer der Intelligenz auch keine Funktion dauernd vollständig ausfiel. Die gelegentlich konstatirte völlige Analgesie ist wohl als funktionell auf die Epilepsie zu beziehen (Ref.). **Thomsen** (Berlin).

22. Pusinelli. Gerbsaures Cannabin als Hypnoticum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 1. p. 7.)

P. verwandte das obige Mittel als Pulver in Dosen von 0,1—1,5 g bei Schlaflosigkeit und Schmerzen an Frauen und Männern. Dosen unter 0,3 waren ohne Erfolg, größere wirkten, aber nicht ausnahmslos. Von Nebenerscheinungen wurden beobachtet: Eingenommensein des Kopfes, Schwindel, Aufregung, Brechen, Trockenheit im Halse. Stuhlverstopfung trat nie ein.

P. glaubt das Mittel in Dosen von 0,5—1,0 empfehlen zu können bei Schmerzen irgend welcher Art und bei Schlaflosigkeit. Das Gramm kostet bei Gehe u. Comp. 30 ₰. **Kobert** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 11. Sonnabend, den 15. März. 1884.

1. J. **Orschansky.** Über den Einfluss der Anämie auf die elektrische Erregbarkeit des Großhirns.

(Archiv für Physiologie 1883. Hft. 4 u. 5. p. 297—309.)

Verf. hat den Einfluss von Blutentziehungen auf die elektrische Erregbarkeit des Großhirns untersucht. Er findet, dass eine geringe Blutentziehung (etwa $^1/_7$ der gesammten Blutmasse) ohne Einfluss auf die Erregbarkeit des Gehirnes ist. Blutentziehungen bis zu $^1/_5$ des Blutgehaltes erhöhen die Erregbarkeit des Gehirnes. Bei noch größeren Blutentziehungen fällt die Erregbarkeit, jedoch nicht gleichmäßig, Anfangs ziemlich langsam, später, wenn $^3/_5$—$^2/_3$ der gesammten Blutmasse allmählich entzogen wurden, sehr rasch, so dass die Erregbarkeit binnen wenigen Minuten auf Null sinken kann. Die zur Beobachtung kommende Erhöhung, bez. Abnahme der Erregbarkeit erreicht ihr Maximum nicht auf einmal und nimmt innerhalb 10—15 Minuten zu. Eben so gleicht sich die veränderte Erregbarkeit allmählich wieder aus. Diese Ausgleichung ist um so geringer, je größer die Abnahme

der Erregbarkeit war, d. i. je mehr Blut entzogen wurde. Auch die Größe, bez. Herabsetzung der Erregbarkeit hat die Größe der auf einmal entzogenen Blutportion einen Einfluss, so dass bei kleinen allmählichen Blutentziehungen die Erhöhung der Erregbarkeit ganz ausbleiben und plötzlich eine Herabsetzung derselben eintreten kann.

In einer zweiten Versuchsreihe hat Verf. das entzogene Blutquantum durch Injektion von 0,6 %igen Kochsalzlösungen ersetzt und auf diese Weise Hydrämie mit Anämie kombinirt. Es stellte sich jedoch kein wesentlicher Unterschied gegenüber den Resultaten der ersten Versuchsreihe heraus. Von Interesse erscheint die Beobachtung des Verf., dass die vollständige Erregbarkeitsherabsetzung des Gehirns keineswegs mit einer Paralyse der willkürlichen Bewegungen zusammenfällt.

Die Wirkung der Anämie führt Verf. auf eine durch Mangel an Nährmaterial bewirkte Ernährungsstörung zurück, die sich nicht nur auf die Hirnrinde beschränkt, sondern sich auf das gesammte Hirn verbreiten kann. **Löwit** (Prag).

---

2. **M. Löwit** (Prag). Über die Bildung rother und weißer Blutkörperchen.

(Wiener akad. Sitzungsber. Bd. LXXXVIII. Hft. 3. 46 S. 2 Taf.)

Ein genaues Studium der Kerne der rothen und weißen Blutkörperchen und der Gestaltveränderungen, welche dieselben erleiden, erschien Verf. als der geeignete Weg zur Aufklärung des Bildungsmodus dieser Blutbestandtheile. Die angewandte Technik bestand in einer Kombination der Ehrlich'schen Trocknungsmethode mit dem von Flemming für das Studium der Kernstruktur empfohlenen Gemenge von Chrom-Osmium-Essigsäure. Vor Anwendung des Säuregemisches müssen die Präparate, welche überwiegend rothe Blutkörperchen enthalten auf 100—125° C. (die günstigste Temperatur, für verschiedene Blutarten verschieden) erwärmt werden, wodurch das Hämoglobin in den Zellen fixirt wird; die Kernstruktur der weißen Blutkörper wird durch die Erwärmung wesentlich geschädigt. Zur Färbung erwies sich amorphes Safranin (von Bindschedler und Busch) und Gentianaviolett am günstigsten, angewandt in warmer koncentrirter wässriger Lösung. Vielfach wurde nach der Kernfärbung noch behufs Tinktion des Hämoglobin (nach Ehrlich) das Präparat mit pikrinsaurem Ammon, resp. Aurantin kurze Zeit gefärbt.

An farblosen Blutkörperchen wurden (bei Warm- und Kaltblütern) nur selten auf Theilung zu beziehende Bilder gefunden und zwar handelte es sich hier stets um direkte Kerntheilung.

Für die kernhaltigen rothen Blutkörper der Kaltblüter wird durch den Befund zahlreicher karyokinetischer Figuren bestätigt, dass sie sich durch indirekte Kerntheilung vermehren.

Diese sich theilenden rothen Blutzellen haben einen kugligen Kern, der viel größer ist als der längliche der definitiven Blutkörper.

L. hält es darum für unwahrscheinlich, dass letztere sich noch vermehren.

Die großkernigen »Bildungszellen« theilen sich und die Tochterzellen gehen dann in einer früheren oder späteren Generation unter Schrumpfung des Kerns in die definitiven Blutkörper über. Die »Bildungszellen« finden sich bei übrigens gleichem Baue mit und ohne Hämoglobin, sind aber auch im letzteren Falle durch ihre Kernstruktur scharf von den Leukocyten geschieden. In jedem Stadium ihrer Entwicklung kann die Bildung von Hämoglobin ihren Anfang nehmen. Die Bildungszellen finden sich reichlich in der Milz, vereinzelt im cirkulirenden Blute; bei Hungerthieren zeigen sie keine Theilungsfiguren.

Beim Warmblüter ergaben sich vollkommen analoge Verhältnisse. In den frühesten Embryonalstadien ist die Leber, später, wie beim Erwachsenen, das Knochenmark Sitz der lebhaftesten Vermehrung der Bildungszellen. In der Milz sind sie spärlicher, im cirkulirenden Blute nur ganz vereinzelt zu finden. Im Laufe der Entwicklung nehmen die hämoglobinhaltigen Bildungszellen im Verhältnis zu den ungefärbten zu. Die definitiven Blutkörperchen bilden sich nicht durch Ausstoßen des Kernes, sondern durch Verschwinden desselben in der gleichzeitig an Größe abnehmenden Zelle.

In Milz und Lymphdrüsen hauptsächlich fanden sich Theilungsbilder der Leukocyten. Die verschiedene Größe der letzteren wird auf fortschreitendes Wachsthum bezogen: die größten Formen zerfallen, wie ihre mannigfach metamorphosirten zerklüfteten Kerne beweisen.

Die Beziehungen zur Pathologie sollen später ausführlich besprochen werden. Nicht in allen Fällen von Anämie wurden »Bildungszellen« im cirkulirenden Blute gefunden; in 2 Fällen von Leukämie fehlten sie. N. Zuntz (Berlin).

---

3. P. Michelson. Über die Verwerthung der Säurefuchsinfärbung für dermatologische Zwecke.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1883. No. 12.)

Durch eine — im Original einzusehende — Nachahmung des Weigert'schen Verfahrens (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1882 No. 42 u. 43) erhielt Verf. annähernd ein Negativ von dem Bilde, welches mit Kernfärbemittel tingirte Schnitte zeigen. Der Verlauf der Bindegewebsfasern so wie der Blutgefäße lässt sich besser demonstriren, als durch irgend eine andere Färbemethode. Ferner besitzt das Säurefuchsin eine hohe Affinität zu demjenigen Gewebe, dessen zellige Bestandtheile eine der Umwandlung in Hornsubstanz nahe stehende Modifikation ihres Protoplasmas darbieten. Die Epithelien der Schleimschicht und Drüsen, die äußere Wnrzelscheide des Haars und alle lymphoiden Zellen erscheinen braun, die Hornschicht hell-

braun, die Muskelfasern braunroth, alles Übrige karmesinroth in verschiedenen Nuancirungen. **Fürbringer** (Jena).

4. Emil Nylander. Über alkalische Wismuthlösung als Reagens auf Traubenzucker im Harn.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. VIII. p. 175.)

N. empfiehlt auf Grund eigener unter O. Hammersten's Leitung angestellter Versuche von Neuem die von Almén angegebene alkalische Wismuthlösung. 2 g Subnitras bismuthicus und 4 g Seignettesalz werden in 100 g Natronlauge, welche 8 % Na_2O enthält, gelöst, der ungelöste Theil des Wismuthsalzes abfiltrirt. Von dieser Lösung wird zu der zu untersuchenden Flüssigkeit im Verhältnis von 1 : 10 zugesetzt und 2—5 Minuten lang zum Sieden erhitzt; es entsteht ein deutlich schwarzer oder dunkel gefärbter Niederschlag. 0,05 %, ja selbst noch 0,025 % Zucker lassen sich auf diese Art im Harn nachweisen.

Eiweiß ist vor Anstellung der Probe in der gewöhnlichen Weise zu entfernen. Ein wesentlicher Vorzug der Reagenslösung ist ihre Haltbarkeit. Sie wird in Bezug auf Empfindlichkeit von der Worm-Müller'schen Modifikation der Trommer'schen Probe etwas übertroffen, ist aber besonders für den Ungeübten leichter zu handhaben und zeichnet sich dadurch aus, dass das Wismuth nicht wie das Kupferoxyd von anderen Harnbestandtheilen, vor Allem Kreatinin reducirt wird. **Röhmann** (Breslau).

5. C. Binz. Vorlesungen über Pharmakologie. Für Ärzte und Studirende. 1. Abtheilung.

Berlin, A. Hirschwald, 1884. 8. VIII u. 273 S.

Unseres Wissens ist es hier das erste Mal, dass die Pharmakologie in Form von demonstrativen Vorträgen als System bearbeitet wird. Cl. Bernard hatte einen Anfang dazu gemacht, aber er blieb bei einem Kapitel, den Anästheticis, stehen. Die vorliegende Darstellung hat den Zweck, abgerundete und auch dem Leser möglichst demonstrative Bilder der pharmakologischen Dinge zu geben. Sie schließt sich mit Ausnahme der zeitlichen Eintheilung an Gang, Form und Inhalt dessen enge an, was der Autor in einem zweisemesterlichen Kollegium vorträgt. Vermieden sind toxikologische Subtilitäten, seien es solche, die sich auf neu entdeckte Gifte, oder solche, die sich auf das Verhalten alter Gifte oder Arzneistoffe zu einzelnen Organen beziehen, — falls beiden noch keine Bedeutung für den ärztlichen Theil der Pharmakologie eigen ist; ferner sind vermieden Kritik und Kontroversen, welche jenseit des Standpunktes oder Interesses der meisten Hörer und Leser liegen.

Die Angaben von Litteratur sind mit wenigen Ausnahmen nach dem Original gemacht. Sie sind außerdem so gewählt, dass sich von

ihnen aus alle fehlenden wichtigen Abhandlungen leicht finden lassen. Jener Punkt ist in so fern von Bedeutung, als in unserer medicinischen Litteratur der Gebrauch vorherrscht, die Citate von einander abzuschreiben. Es haben sich auf diese Weise eine ganze Menge von Fehlern eingeschlichen, welche das Nachschlagen und Benutzen der Litteratur erschweren.

Pharmakologie nennt der Verf. die Lehre von dem Herkommen, von den chemischen und physikalischen Eigenschaften, von den giftigen und heilenden Wirkungen und von der therapeutischen Anwendung all' der Dinge, welche die wissenschaftliche Pharmacie, besonders auf Grund der amtlichen Pharmakopöe, d. i. staatlichen Arzneibuches, den Ärzten darbietet. Dem entsprechend heißt es auch in der einleitenden Vorlesung, in dem Erfüllen klinischer Zwecke liege die Endaufgabe der Pharmakologie, und von der Klinik habe sie ihre allgemeinere Fragestellung zu entnehmen. Es ist bekannt, dass von einigen lebenden Forschern die Pharmakologie anders aufgefasst wird, nämlich als die Lehre von den im lebenden Organismus durch chemisch wirkende Substanzen hervorgebrachten Veränderungen im Allgemeinen, ohne Rücksicht darauf, ob sie für Heilzwecke gebraucht werden oder nicht. B. nennt diesen Theil, dem alten Sprachgebrauche folgend, Pharmakodynamik. Jene Richtung läuft wesentlich auf eine experimentelle Toxikologie hinaus; und weil sie die Erfahrungen am Krankenbette nicht berücksichtigt, steht sie der Klinik vorläufig fern. Erst die weitere Entwicklung der ganzen Disciplin kann entscheiden, ob das günstig oder ungünstig auf die Entfaltung unserer Therapie einwirken wird.

B. hat in der vorliegenden Abtheilung die anästhetischen, narkotischen und hypnotischen Arzneikörper untergebracht und den Übergang zu den erregenden angebahnt durch Hinzufügung des Atropins und des Koffeïns. Beim ersten Blicke auffallend erscheint es, dass auch die Präparate des Jods hier stehen. Sie schließen sich jedoch einheitlich an das Chloral, Chloroform und an die Bromsalze, in denen allen nach der bekannten Theorie des Autors die Halogene das eigentlich Wirksame sind. Auch Stickstoffoxydul und Ozon, obgleich nicht officinell, sind vertreten, weil ersteres für die Praxis immer wichtiger wird und weil letzteres gemäß den Versuchen, welche der Verf. vor einigen Jahren am Menschen mit ihm angestellt hat, einfache Anhaltspunkte bietet zum Verständnis der Erregung des Gehirns und seiner darauf folgenden Versetzung in künstlichen Schlaf.

Die vorliegende Abtheilung bringt uns 21 Vorlesungen. Sie sind vielfach durchflochten mit der Schilderung von einfachen und von komplicirten biologischen und chemischen Versuchen, wie sie in den wirklichen Vorträgen des Autors zur Ausführung gelangen. Mehrere derselben sind durch in den Text gedruckte Holzschnitte illustrirt. Eine Vermehrung dieser Illustrationen in den zwei folgenden Abtheilungen des Werkes, welche im Spätherbst dieses und des nächsten

Jahres erscheinen sollen, ist wünschenswerth. Über den gegenwärtigen Standpunkt seines Faches äußert sich der Verf. in der einleitenden Vorlesung wie folgt:

»Wir erlebten es, wie von den akademischen Kathedern herab jede Heilung durch Arzneimittel als ein unberechtigtes Verlangen des ärztlichen Wissens und Könnens erklärt wurde. Es war der Rückschlag gegen jene lange Zeit, worin der kranke Mensch noch kein Gegenstand einer gut gegründeten Krankheitslehre und der Diagnose, sondern nur des Receptschreibens war. Das Heilen, die Therapie, ist ja die reife Frucht an dem Baume medicinischer Erkenntnis und darum das Letzte, was wir von seinem Entwicklungsgang verlangen dürfen. Andreas Vesalius, der große Reformator des 16. Jahrhunderts, setzte die verwilderte Pflanze in das richtige Erdreich. Langsam, vorübergehend böse angekränkelt, entwickelte sie sich hier, weil fast nur die Winde der spekulativen Philosophie sie umwehten. Erst das Aufblühen der experimentellen Naturwissenschaften brachte auch für die Therapie mit der besseren Methodik ihres Arbeitens und Forschens eine bessere Aussicht in die Zukunft.«

»Die Arzneimittellehre ist ein Hauptheil des gesammten therapeutischen Apparates; und so viel man auch hier und da sich den Anschein gegeben hat, ihn entbehren zu können, die Thatsachen blieben stärker als der Zweifel. Keine Stunde fast vergeht, in welcher der beschäftigte Arzt nicht an die Kräfte zu appelliren hat, „die in Metallen, Pflanzen, Steinen wohnen“; und er darf das um so sicherer, je mehr er gewahrt, dass die Pharmakologie heute die Wege jeder anderen naturwissenschaftlichen Disciplin wandelt. Der Skeptiker mag behaupten, noch sei es zu früh, einen umfassenden Rückblick zu werfen auf das bisher für die reine Erkenntnis und für die Praxis Geleistete, einen Vergleich zu ziehen zwischen sonst und jetzt; mehr noch müsse beseitigt und geklärt und viel mehr noch hinzugebracht werden. Aber wer nicht in Indolenz beim Alten verharret, und wer dem Zuwachs neuer werthvoller Medikamente so wie dem gewonnenen Verständnis der vorhandenen gefolgt ist, der wird unschwer zu dem Schlusse gelangen, dass auch die Pharmakologie vorwärts geschritten ist und zahlreiche Erfolge in Theorie und Anwendung aufzuweisen hat.« **Flakler** (Bonn).

---

6. Trastour. A propos de la Rubéole ou Rötheln des Allemands.

(Union méd. 1885. No. 7.)

Verf. beobachtete im Winter 1881/82 zu Nantes eine Rötheln-epidemie; die Prodrome bestanden in mehr oder minder starker Injektionsröthe der Lid-, Nasen- und Rachenschleimhaut ohne Husten oder Schnupfen, in Kopfschmerzen und, als konstanter, fast pathognostischer Erscheinung, in geschwollenen, leicht schmerzhaften

Lymphdrüsen an den Warzenfortsätzen. Nach dieser oft sehr kurzen, mitunter ganz fehlenden Prodromalperiode trat das Exanthem auf, meist zuerst am Gesicht, das öfters ganz unförmig anschwoll; das Exanthem war sehr wenig charakteristisch, die Flecken isolirt oder konfluirend, meist blass, mitunter sehr roth, seine Dauer durchschnittlich zwei Tage; dabei kein Fieber, keine Störungen seitens der inneren Organe. Desquamation kaum sichtbar, nur in zwei Fällen sehr hochgradig, vollkommen scharlachähnlich.

Ähnliche Beobachtungen, die die in Frankreich noch vielfach angezweifelte Existenz der Rötheln beweisen sollen, sind in den letzten Nummern derselben Zeitschrift von Longuet, Lubanski, Daga mitgetheilt worden. **Strassmann** (Leipzig).

7. J. Neumann. Über Reinfectio syphilitica. Kann man Syphilis mehrere Male acquiriren?

(Wiener med. Presse 1884. No. 1, 2, 4, 5.)

Verf. theilt mehrere Beobachtungen mit, in denen sich bei früher sekundär Syphilitischen Geschwüre, durchaus ähnlich einem harten Schanker, entwickelten. Aber dieselben heilten unter indifferenter Behandlung oder unter Jodkaliumgebrauch, ohne dass es je zu sekundären Symptomen, nicht einmal zu indolenten Bubonen, gekommen wäre. Er glaubt daher, dass es sich hier um weiche Schankergeschwüre, resp. um Gummata gehandelt hat, die auf syphilitischem Boden verhärten können, dass der größere Theil der als Reinfectio beschriebenen Fälle unter diese Rubrik fällt, und die wirklich sicher beobachteten Fälle einer solchen danach auf ein Minimum sich reduciren. Nach seiner Erfahrung kommt die Syphilis in Bezug auf Häufigkeit der Wiederansteckung erst nach Masern und Scharlach.

Strassmann (Leipzig).

8. Felix Semon. The throat department of St. Thomas hospital.

(St. Thomas hospital reports Vol. XII. 56 S.)

S. erstattet Bericht über die seit einem Jahre unter seiner Leitung stehende Abtheilung für Halskranke am St. Thomashospital, in welcher innerhalb dieses Zeitraums im Ganzen 505 Pat., 221 männliche, 284 weibliche behandelt worden sind. S. benutzt diese Gelegenheit dazu, um an der Hand einschlägiger Fälle kritische Bemerkungen zu gewissen streitigen Punkten aus dem Gebiete der Rachen- und Kehlkopfkrankheiten zu machen, welche eine Fülle für den praktischen Arzt beherzigenswerther Rathschläge enthalten. Solche finden sich zunächst in dem Kapitel »Indikationen für die Uvulotomie«. S. macht hier sehr energisch und mit Recht gegen die vielfach missbräuchlich ausgeführte Abtragung der Uvula Front und lässt nur die vier folgenden Indikationen zur Vornahme dieses Eingriffs zu: 1) Ab-

norme Länge der Uvula, so dass dieselbe während des Schlafes zu Erstickungsanfällen Veranlassung geben kann. 2) Kontinuirliches Bestehen abnormer Sensationen im Halse, veranlasst durch den hypertrophischen Zapfen. 3) Hindernis zur Ausführung laryngealer Operationen durch die verlängerte Uvula. 4) Maligne von der Uvula ausgehende Neubildungen.

Eine nach einer Tonsillotomie aufgetretene stärkere Blutung — der erste unter mehreren hundert Tonsillotomien dem Autor begegnete Fall — giebt S. Veranlassung zur Besprechung der gegen dieses unangenehme Ereignis zu ergreifenden Maßregeln, unter denen er die direkt gegen die blutende Stelle gerichtete Digitalkompression für am wirksamsten hält. In einem ferneren Kapitel lenkt S. die Aufmerksamkeit der Ärzte auf ein auch von anderer Seite berücksichtigtes, sehr suspektes, den Verdacht auf Phthise nahelegendes Symptom, welches sich in einer auffallenden Blässe der Kehlkopfschleimhaut äußert und giebt den Rath, bei einem derartigen Befund stets eine sorgfältige Untersuchung der Lunge vorzunehmen.

Unter den kasuistischen Mittheilungen sei auf drei Fälle von Carcinom und einen von Sarkom des Larynx hingewiesen. Die Erfahrungen S.'s über das Jodoform als Heilmittel bei der Larynxphthise stimmen mit den in Deutschland über den Werth dieses Mittels bei der in Rede stehenden Affektion gewonnenen Resultaten überein; auch er sieht in dem Jodoform ein Medikament, das als eine dankenswerthe Bereicherung der toxischen Mittel bei der Bekämpfung dieses schmerzvollen und schwer zu behandelnden Leidens zu betrachten ist, das aber keineswegs die Anfangs an dasselbe in Bezug auf die Heilbarkeit der Kehlkopfschwindsucht geknüpften sanguinischen Hoffnungen erfüllt. Erwähnt sei endlich ein Fall von Fremdkörper im Larynx (verschluckte Nadel), der bei einem 12jährigen Knaben nach 13monatlichem Aufenthalt im Kehlkopf per vias naturales entfernt wurde und zu keiner Zeit Erstickungserscheinungen ausgelöst hatte (der Fall ist ausführlicher beschrieben in Clinical Society's Transactions Vol. XVI). Die Arbeit enthält noch eine Reihe interessanter Einzelheiten, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

9. **A. Strümpell.** Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. II. Band I. Theil. Krankheiten des Nervensystems.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1884.

Eine vortrefflich geschriebene Darstellung des gesammten Gebietes der Nervenkrankheiten, die ihren Zweck, Einführung und Orientirung vollkommen erfüllt. Es ist begreiflicherweise ein Lehrbuch, das auf 444 Seiten den ganzen Inhalt der Hirn-, Rückenmarks- und Nervenpathologie behandelt, nicht der Ort für neue Auf-

schlüsse und Forschungsresultate, doch wird der Kundige überall die Signatur selbständiger Arbeit und originaler Auffassung erkennen. Wir heben als Exempel nur die Ausführungen über die Natur der ataktischen Störungen bei der Tabes, die kritische Behandlung der primären chronischen Spinalmeningitis, das Kapitel über die einfache und multiple degenerative Neuritis hervor.

Durch Kürze und Klarheit ausgezeichnet sind die allgemeinen Vorbemerkungen über die topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten, die Lehre von den cerebralen Lokalisationen und die den Schluss der »Neurosen ohne bekannte anatomische Grundlage« bildenden Skizzen der Hysterie und Neurasthenie. Wir wünschen dem Buch aufrichtig eine möglichst weite Verbreitung in den Kreisen, für die es bestimmt ist, bei den praktischen Ärzten und Studirenden.

Eisenlohr (Hamburg).

---

10. **B. Scheube** (Leipzig). Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie der Beriberi (Kak-ke).

(Virchow's Archiv 1884. Bd. XCV. Hft. 1.)

Bekanntlich glauben Bälz und S. das Wesen der Beriberi in einer (infektiösen) multiplen Neuritis gefunden zu haben. Den seinen früheren Arbeiten zu Grunde liegenden 3 Sektionsbefunden fügt S. eine Reihe neuer Befunde und anatomischer Untersuchungen an. Das Material lieferte ihm wesentlich eine in Batavia beobachtete Epidemie mit 15 Sektionen; mit zwei noch in Japan secirten und den drei früheren verfügt S. daher über ein Material von 20 Fällen. Das Resultat der neuen Untersuchungen kommt mit dem der früheren vollständig überein. In allen Fällen boten die untersuchten Nerven eine mehr oder weniger starke Degeneration und degenerative Atrophie dar, deren Grad den Lähmungserscheinungen intra vitam entsprach.

Die mikroskopischen Details sind in allen Punkten den bekannten der degenerativen Atrophie der Nerven analog. Die Degeneration war stets am hochgradigsten in den Muskelästen, während die Nervenstämme geringere oder keine Veränderungen darboten. Auch rein sensible Hautäste wurden degenerirt gefunden.

Zugleich mit der Degeneration der Nerven war stets eine Alteration der Muskeln, Atrophie, fettige Degeneration der Muskelfasern mit Kernvermehrung vorhanden. Das (in 6 Fällen mikroskopisch untersuchte) Rückenmark ergab stets normalen Befund oder unbedeutende Veränderungen. Die austretenden Nervenwurzeln in einigen Fällen ebenfalls normal, in einem Fall wurde Kerninfiltration ihres Bindegewebes und der zugehörigen Spinalganglien konstatirt.

In 9 Fällen zeigten sich degenerative Veränderungen auch in den Herzästen der Vagi, in einzelnen Fällen auch in den Stämmen des Vagus, Recurrens und der Lungenäste des ersteren. Auf diese Ver-

änderungen sind wahrscheinlich die Herzsymptome der Beriberi und die Degeneration des Herzmuskels zu beziehen; auf die Erkrankung der Lungennerven möglicherweise die öfter bei tödlichen Fällen auftretende akute Aufblähung der Lungen.

Von den übrigen Einzelheiten der Sektionsbefunde ist eine in den meisten Fällen nachgewiesene Milzschwellung zu nennen. Außerdem die in der Mehrzahl vorhandenen hydropischen Ansammlungen in Haut und serösen Höhlen; am häufigsten von letzteren ist das Hydroperikardium. S. hält die Beriberi entschieden für eine Infektionskrankheit, auf den Nachweis von Mikroorganismen gerichtete Untersuchungen haben ihn aber noch zu keinem sicheren Resultat geführt.

Eisenlohr (Hamburg).

---

11. **Paster.** Über Beriberi.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 23.)

An der Ostküste von Sumatra konnte P. seine Beobachtungen über Beriberi an einer großen Zahl von erkrankten Feldarbeitern anstellen: Chinesen und Kling; Europäer und Eingeborene blieben verschont. Die Symptome waren die bekannten schon mehrfach geschilderten (Wernich, Scheube): Stauungserscheinungen jeder Art und auffällige Betheiligung des Rückenmarkes. Von besonderen Befunden sind zu erwähnen: im 1. Falle Sehstörungen in Folge eines Blutergusses in die Retina, während in allen anderen Fällen keine Störung in der Funktion des Gesichtssinnes nachweisbar war. Bezüglich der Erregbarkeit der Muskeln durch den faradischen Strom gelangte P. zu dem Resultate, dass dieselben zur Zeit der vollständigen Paraplegie unerregbar sind. Hier und da waren es nur kleine Bündel, die sich bei starken Strömen kontrahirten, oder aber es kam zu keiner wirklichen Muskelkontraktion, sondern nur zu rasch auf einander folgenden fibrillären Muskelzuckungen. Je mehr die Bewegungsfähigkeit des Kranken wieder zunahm, um so mehr kehrte das Verhalten der Muskulatur zur Norm zurück.

Fieber trat selten auf und schien mit der Krankheit in keinem direkten Zusammenhang zu stehen.

In Bezug auf die accidentellen Geräusche am Herzen betont P. besonders deren häufigen Wechsel im Auftreten und Verschwinden. Albuminurie fehlte konstant bei dieser Affektion, mit der Besserung des Befindens zeigte sich stets bedeutende Zunahme der Urinmenge. Von Interesse sind noch die Resultate der Blutuntersuchungen. Die rothen Blutkörperchen zeigten bei solchen Kranken eine ganz abnorme Weichheit, sie knickten zusammen, wurden in lange Fortsätze ausgezogen oder hatten viele Zacken (Stechapfelform). Mikrocyten fanden sich immer in den schwereren Fällen. Die weißen Blutkörperchen hatten oft bedeutende Größe und Pigmentmoleküle eingeschlossen. Mikroorganismen irgend welcher Art waren im Blute nicht aufzufinden.

Aus dem massenhaften Auftreten der Krankheit während der Regenzeit (December), aus der Beschäftigungsweise der Feldarbeiter und den veränderten Nahrungsverhältnissen derselben gerade während der Regenzeit und daraus, dass die besser situirten und in besseren Arbeits- und Wohnräumen untergebrachten Arbeiter von der Epidemie verschont bleiben, zieht P. den Schluss, dass es sich bei Beriberi um eine allgemeine Ernährungsanomalie handle, die nicht durch ein Miasma, sondern durch die oben aufgeführten Schädlichkeiten entstände. Diese seine Anschauung gewinnt dadurch eine Stütze, dass sich mit der Besserung der sanitären Verhältnisse jener Klasse von Arbeitern auch die Krankheitsfälle verminderten.

Demnach würden sich vor Allem prophylaktische Maßregeln für das einzelne Individuum und für die Gesammtheit ergeben, die eigentliche Behandlung hätte zumeist auf die Ernährungsverhältnisse Rücksicht zu nehmen, wobei das Daniederliegen der Assimilation nicht außer Acht gelassen werden dürfte. Tonica und Excitantien, Strychnin gegen die Rückenmarkserscheinungen, Pilokarpin als Diaphoretikum waren je nach den einzelnen Indikationen von gutem Erfolge.

Seifert (Würzburg).

---

12. **Adalbert Tilkowsky.** Der Einfluss des Alkoholmissbrauches auf psychische Störungen.

(Wiener Klinik 1883. Hft. 11. November.)

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1883.

T. sucht (in einem in der wissenschaftlichen Konferenz der Ärzte der unterösterreichischen Landesirrenanstalt gehaltenen Vortrage) einerseits die Beziehung des chronischen Alkoholismus zu den psychischen Erkrankungen nach der statistischen Seite hin darzulegen, andererseits die Frage zu erörtern »ob denn der Begriff eines Alkoholikers mit dem eines Geistesgestörten sich so vollständig deckt, dass jeder Alkoholiker das Objekt der Behandlung in einer Irrenanstalt sein müsse, oder ob nicht etwa eine Differenzirung dieses Begriffes angemessen erscheine«.

Die tabellarische Zusammenstellung der Wiener Irrenanstalten während des 12jährigen Zeitraumes von Anfang 1871 bis Ende 1882 ergiebt, bei einem Gesammtstande von 14391, Alkoholmissbrauch als Krankheitsursache in 2152 Fällen (= 14,9%); und zwar bei 1967 Männern (25,3%) und 185 Frauen (2,7%). Wie aus den bezüglichen Angaben des Baer'schen Werkes über den Alkoholismus hervorgeht, sind die Ergebnisse in den außerösterreichischen Ländern in so fern übereinstimmend, als einerseits in sämmtlichen Staaten der Alkoholismus ein sehr häufiges ätiologisches Moment psychischer Erkrankungen bildet, andererseits die Procentzahl der Alkoholisten (mit Ausnahme weniger Länder — Schweden!) im Allgemeinen in fortwährender Zunahme begriffen ist. Mit großer Wahrscheinlichkeit kann man die obigen Wiener Ergebnisse auf das gesammte Reich ausdehnen und

somit behaupten, dass in Österreich der vierte Theil sämmtlicher männlicher Geisteskranken dem Alkoholismus die Geistesstörung zu verdanken habe.

Unter den am Jahresschlusse 1882 verbliebenen 417 männlichen Kranken der Anstalt fanden sich 135 (= 32,3%), in welchen der Alkoholismus die ausschließliche oder prävalirende Erkrankungsursache bildete; unter diesen wiederum 63 Gewohnheitstrinker (= 15,1 %; fast der sechste Theil sämmtlicher Kranken!). T. meint nun, dass die Fälle, in welchen der Alkoholismus in die sekundären Formen übergegangen (Blödsinn, Paralyse etc.) unzweifelhaft Objekte der Irrenanstaltbehandlung bilden. Anders verhalte es sich dagegen mit den eigentlichen Potatoren oder Gewohnheitstrinkern, bei denen die Frage entstehe, ob dieselben im psychiatrischen Sinne gesund oder krank seien, und eventuell, ob sie in Folge der Trunksucht krank seien, oder ob die Trunksucht selbst ein Krankheitssymptom? ob sie demnach zu detiniren (in Gefängnissen, Irrenanstalten, Asylen) oder frei zu belassen? Er stimmt mit fast allen psychiatrischen Autoritäten darin überein, dass weder die Korrektionshaft in Straf- und Zwangsanstalten, noch die Unterbringung der Trinker in den Irrenanstalten empfehlenswerth sei; dass es vielmehr besonderer Asyle, nach dem Muster des nordamerikanischen Inebriate-asylums für dieselben bedürfe. Eine solche Sonderung liegt eben so sehr im Interesse der Alkoholiker selbst, wie der übrigen Anstaltsbewohner. Eine definitive Lösung der Frage ist nur im Wege der Gesetzgebung und durch die administrativen Behörden möglich; bis dahin ist jedoch eine principielle Übereinstimmung der psychiatrischen Autoritäten über diesen Punkt nöthig.

A. Eulenburg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **R. Neukirch.** Zwei Fälle von chronischer Quecksilbervergiftung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 53. p. 820.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine 25jährige Dame, welche unter Kieferschmerzen, Anschwellung der Submaxillardrüsen und heftiger Stomatitis mit Foetor ex ore und Salivation erkrankte. Im Harn ließ sich reichlich Quecksilber nachweisen. Als Ursache der Vergiftung wurde ein Wandspiegel von 83 cm Breite und 51 cm Höhe herausgefunden, welcher im Schlafzimmer der Pat. sich befand und dessen Holzverschalung mit Tausenden von kleinen Quecksilberkügelchen durchsetzt war. Das Schlafzimmer pflegte Abends geheizt zu werden. Nach Entfernung des Spiegels trat Heilung ein. Zeitweite war auch der Mann der Pat. unter Hg-Vergiftungserscheinungen erkrankt gewesen und hatte ebenfalls im Harn Hg gehabt.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 30jährige Dame, welche ebenfalls unter schwerer Stomatitis erkrankte. Im Harn fand sich reichlich Hg. Die Ursache der Vergiftung war ein schon 40 Jahre alter Spiegel, dessen Holzverschalung und Belag mangelhaft war. Nach Entfernung desselben trat Heilung ein.

Kobert (Straßburg i/E.).

14. **Marey.** Sur un cas d'ectopie congénitale du cœur.

(Bull. de l'acad. de méd. 1883. No. 42.)

M. berichtet im Namen einer aus ihm, Sappey und Vulpian bestehenden Kommission über einen auf Tarnier's Klinik vorgekommenen Fall von angeborener Herzektopie etwa Folgendes:

Das Sternum ist bis auf seine obere 8 cm lange Partie gespalten, die Linea alba bis zum Nabel hin, das Zwerchfell in seinem vorderen Abschnitt getheilt. Man findet über einer Umbilicalhernie einen Eingeweidebruch von Kreisform — die Bruchöffnung etwa 7 cm im Durchmesser —, darüber folgt dann ein dreieckiger Raum, in dem man das Herz schlagen fühlt, nur bedeckt von einer dünnen Schicht weicher Theile, über welcher die Haut locker, gerunzelt, pigmentreich ist. Die Hand kann an der unteren Grenze dieses Dreiecks eindringen bis zur Hinterfläche beider Ventrikel, dort trifft sie auf 2 fibröse Stränge, die von den Ventrikeln zum Centrum diaphragmaticum zu ziehen scheinen und die Betastung der Hinterflächen der beiden Vorhöfe verhindern.

Die Ventrikel sind klein, ihre große Achse ist vertikal gestellt, sie erscheinen unter der Haut wie eine pulsirende Geschwulst. Bei der Betastung fühlt man, dass der Herzstoß im Moment der Systole eintritt, und auf jedem Punkt der Herzoberfläche gleichmäßig zur Wahrnehmung kommt. Die Funktionen des Herzens sind durchaus normal, die Auskultation weist ein leichtes systolisches Geräusch über der Aorta nach.

Die Untersuchung mit dem Polygraphen ergab über beiden Ventrikeln ganz gleiche Kurven, nur dass die des linken höher war, als die des rechten. Störte man die Herzaktion (durch Kompression der Ventrikelbasis), so trat etwa 5 bis 6 Sekunden lang eine Verdoppelung der Systole mit Verlängerung der Herzpause ein; aber auch hier waren die Pulsationen beider Ventrikel genau unter sich gleich.

Bestimmt man zu gleicher Zeit die pulsatorischen und Volumensveränderungen des Organs (Methode s. im Original), so ergiebt sich, dass in einer ersten Phase die Ventrikel an Härte bedenklich zunehmen und zugleich das Volumen um etwas sich vergrößert. In einer zweiten Phase erfolgt die Entleerung der Ventrikel, ein rapides Sinken des Volumens, während die Pulsation fortdauert. Im selben Moment hört dann die Volumensabnahme und die Wandhärte auf, der Puls sinkt plötzlich zum Minimum. In der nächsten Phase erfolgt die Wiederanfüllung der Ventrikel und zwar erst schneller, dann langsamer.

Bei Kompression der Aorta (die sich hier durch die schlaffen Bauchdecken hindurch sehr gut ausführen ließ und deren Effekt durch Pulsaufnahme in der Femoralis kontrollirt wurde) verlangsamen sich die Herzpulse etwas und ihr Gipfel wird etwas gespalten; nach Aufhören der Kompression werden die Herzschläge zunächst schneller und schwächer. Das Gleiche erzielt man über dem rechten Ventrikel, wenn die Hindernisse im Pulmonalkreislauf durch Anhalten der Athmung oder körperliche Anstrengung erhöht werden.

Endlich zeigte sich ein positiver Trachealpuls, wie in allen Fällen, in denen keine luftdichte Verbindung zwischen Herz, Lungen und Brustwand existirt. Es ergiebt sich also hierin, wie in allen anderen Beziehungen, eine vollkommene Übereinstimmung mit den durch das Thierexperiment gewonnenen Resultaten.

Strassmann (Leipzig).

15. **Th. Rinsema.** Ein Fall von acquirirter Stenose des Ostium pulmonale.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 2.)

Betrifft einen mehrere Monate hindurch in der medicinischen Klinik zu Groningen beobachteten und zur Sektion gelangten Fall. Ein 34jähriger, sonst gesunder Mann hatte wahrscheinlich im Anschluss an einen vor einigen Jahren überstandenen Gelenkrheumatismus den oben erwähnten Herzfehler davongetragen, der bei Lebzeiten richtig diagnosticirt wurde. Das hauptsächlichste physikalische Zeichen war ein systolisches Geräusch über der Pulmonalis, das an anderen Stellen

nicht resp. nur leise gehört werden konnte, in der späteren Krankheitszeit auch ein systolisches Frémissement daselbst; der zweite Pulmonalton war nicht verstärkt, auch sonst am Herzen nur vorübergehend unbedeutende Abnormitäten. Pat. wurde hydropisch, bekam namentlich starken Ascites und musste oft punktirt werden. Bei der Sektion zeigten sich die Semilunarklappen der Pulmonalis verdickt, z. Th. verwachsen und mit Exkrescenzen besetzt, waren aber schlussfähig. Die Mitralis etwas geschrumpft, aber schlussfähig. Keine Hypertrophie oder Dilatation am Herzen. Einzelheiten s. im Original. **Küssner** (Halle a/S.).

16. **Cohn.** Ein Fall von Tricuspidalstenose höchsten Grades mit multiplen hämorrhagischen Infarkten der Lungen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Eine 26jährige Dienstmagd wird wegen einer Angina ins Krankenhaus aufgenommen; von einem früher überstandenen Gelenkrheumatismus war ein Herzfehler zurückgeblieben, der als eine Insufficienz der Mitralklappe angesehen wurde. Bei einem zweitmaligen Spitalaufenthalt lautete die Diagnose auf Insufficienz und Stenose der Mitralis. Die auskultatorischen Erscheinungen bestanden in einem lauten systolischen und einem diastolischen Geräusch an der Herzspitze, von denen das erstere auch über der Tricuspidalis und in schwächerem Grade über der Pulmonalis zu hören war, während an beiden Stellen ein diastolisches nicht nachgewiesen werden konnte. Unter den Erscheinungen einer Lungenerkrankung, deren Natur erst durch die Sektion klargelegt wurde, ging Pat. zu Grunde.

Bei dem Fehlen eines diastolischen Geräusches über der Tricuspidalis war es nicht möglich, die bei der Sektion aufgefundene hochgradige Tricuspidalstenose, welche sich neben der diagnosticirten Mitralinsufficienz und Stenose fand, während des Lebens zu erkennen. Der Grund dafür ist wohl hauptsächlich in dem hohen Grade von Herzschwäche zu suchen, der ein diastolisches Geräusch an der verengten Tricuspidalis nicht zu Stande kommen lässt, oder es ist ein etwa bestehendes Geräusch mit dem durch die Mitralstenose erzeugten noch in die Zeit der Systole hineingefallen. Der Fall zeigte noch weiterhin das Interessante, dass die Lungenerkrankung, bestehend in hämorrhagischen Infarkten beider Lungen, unter sehr hohem Fieber verlief. **Seifert** (Würzburg).

17. **Schieck.** Ein Fall von einseitiger Gesichtshypertrophie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 45.)

Kurze Beschreibung, nebst Abbildung, eines Falles von einseitiger Gesichtshypertrophie bei einem 9jährigen Mädchen. Keinerlei Nervenerscheinungen voraufgegangen. Zunehmendes Wachsthum der linken Wange und Unterlippe seit Ende des zweiten Lebensjahres, während gleichzeitig die Zahnbildung am Oberkiefer der betreffenden Seite ausblieb. Gegenwärtig sind die Weichtheile der linken Wange und Oberlippe, auch des unteren Augenlids hypertrophisch; der linke Nasenflügel dicker, Abfall vom Nasenflügel zur Wange links flacher; die linke Oberlippe so herabhängend, dass sie mit der Unterlippe sich kreuzt und deren linke Hälfte bedeckt. Die hypertrophischen Theile weich, ohne Ödem; die Wange etwas röther, Haarentwicklung an der Oberlippe merklich stärker. Sensibilität, Motilität, Sekretionen ganz unverändert. Os zygomaticum, Körper und Proc. alveolaris des Oberkiefers links stärker entwickelt (letzteres enthält außer den beiden Schneidezähnen, dem Eck- und ersten Molarzahn keine weiteren Zähne). Unterkiefer ohne Abnormitäten. **A. Eulenburg** (Berlin).

18. **Dieudonné.** Carie vertébro-costale. Tuberculose pulmonaire e sclérose des cordons latéraux de la moëlle épinière. Mort; Autopsie

(Arch. méd. Belges 1883. T. XXIV. p. 165.)

Ein 23jähriger Mann, welcher vor 2 Jahren an Abscess in der Achselhöhl mit lang bestehender Fistelbildung gelitten hatte, wurde mit beträchtlichem Fiebe in das Hospital aufgenommen. Es bildeten sich immer mehr die Erscheinunge von Lungenschwindsucht heraus. Nach einiger Zeit stellten sich Schmerzen ii

Nacken ein, welche heftiger wurden und sich auch längs der ganzen Wirbelsäule ausdehnten. Dabei wurden die unteren Extremitäten schwach, schließlich gelähmt, es traten spastische Muskelkontrakturen, Erhöhung der Sehnenreflexe und Zittern bei geringster Bewegung oder Berührung auf. Nach einiger Zeit hörten die spastischen Kontrakturen auf, aber es stellten sich Decubitus und Blasenlähmung ein. Tod unter zunehmendem Kräfteverfall. Außer phthisischen Veränderungen in den Lungen bestanden tuberkulöse Erkrankungen des 2.—5. Brustwirbels, Tuberkulose der angrenzenden Rippen, Verdickung der Spinalmeningen und Atrophie und Degeneration in den Seitensträngen des Rückenmarkes. Weniger ausgesprochen bestanden auch Erkrankungen in den Vorderschnitten der Medulla spinalis. (Histologische Untersuchung und Lokalisation der Rückenmarksveränderungen hätten genauer sein können. Ref.) **Eichhorst** (Zürich).

19. **John Hopkins.** Case of primary lateral sclerosis or spasmodic tabes.

(Brain 1883. Okt. p. 382.)

Ein 21jähiger, bisher stets gesunder Mann erkrankt ohne nachweisbare Veranlassung vor 12 Monaten unter Gehstörungen: zitternder Gang, Steifigkeit beim Gehen, dabei stark erhöhte Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten. Etwa im 18. Krankheitsmonat stellte sich Anästhesie an der Fußsohle ein. Wenige Monate später gesellte sich Rigidität in den Flexoren hinzu. Dann ausgedehnter Decubitus. Alkalischer und eiteriger Harn. Ende des zweiten Jahres Tod unter Entkräftungserscheinungen.

Bei der Sektion findet sich im Rückenmarke Degeneration in den Seitensträngen, welche am unteren Rückenmarksende beginnt und sich bis in den oberen Abschnitt des Dorsalmarkes verfolgen lässt. Am ausgebildetsten bestand selbige im mittleren Theile der Lendenanschwellung. Bei mikroskopischer Untersuchung ergab sich auch Schwund der Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes.

Verf. erklärt die Beobachtung als primäre aufsteigende Lateralsklerosis.

Eichhorst (Zürich).

20. **Kast** (Freiburg). Über saltatorischen Reflexkrampf.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 14.)

Ein 39jähriger Mann, der auf der medicinischen Klinik in Freiburg beobachtet wurde, bot die eigenthümlichen Erscheinungen des sogenannten saltatorischen Reflexkrampfes dar. Nachdem er vor der Aufnahme in die Klinik schon 3mal mehrere Wochen lang an diesen Krämpfen gelitten hatte, kam er im Juni 1882 dorthin zu genauerer Beobachtung. Beim Versuch den Kranken auf die Beine zu stellen, wird bald die eine bald die andere Ferse zuckend erhoben und im zunehmend rascheren Tempo stampfend und trippelnd auf den Boden gesetzt. Die Schüttelkrämpfe der Wade greifen auf den Oberschenkel über, und es wird dann auch der ganze Rumpf durch die konvulsivischen Stöße des Unterkörpers erschüttert. Die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten zeigen sich beiderseits hochgradig gesteigert, die Sensibilität völlig normal. Auch die Hautreflexe sind durchgehends etwas erhöht. An den oberen Extremitäten, welche an dem Schüttelkrampf unbetheiligt bleiben, zeigt sich ebenfalls eine deutliche Erhöhung der Sehnenreflexe.

Die Wirbelsäule nirgends druckempfindlich, Funktion der Blase und des Mastdarms unbeeinträchtigt.

Unter roborirender Diät nehmen die krampfhaften Erscheinungen an den Unterextremitäten nach kurzer Zeit ab, auch die Sehnenreflexe wurden schwächer, so dass nach einigen Wochen der Pat. entlassen werden konnte. Mit Ausnahme einer geringen Steigerung der Patellarsehnenreflexe waren alle pathologischen Erscheinungen gehoben. Da in diesem Falle während der 2jährigen Dauer der Erkrankung eine Störung der übrigen Funktionen des Centralnervensystems nicht nachzuweisen war, das Symptom des saltatorischen Krampfes isolirt in Erscheinung

trat, so kann diese Beobachtung in die (bis jetzt nur kleine) Reihe der essentiellen saltatorischen Krämpfe eingestellt werden. **Seifert** (Würzburg).

21. **Walton** (Boston). Possible cerebral origin of the Symptoms, usually called »Railway-spine«.

(Boston med. and surg. journ. 1883.)

Unter Betonung der Thatsache, dass sich nach Eisenbahnverletzungen (Railwaispine) zuweilen »hysterische« (d. h. funktionelle, event. durch den Magneten zu transferirende), sensible und sensorische Anästhesien einstellen, theilt Verf. folgenden Fall mit:

Ein 41jähriger Mann, gesund, wird 1862 durch Explosion eines Geschosses in seiner Nähe vorübergehend blind (recidivirende Amaurose) und taub. In demselben Jahre erleidet er durch Überfahren eine mittelschwere Kopfverletzung. Seit 1864 (Schuss in die Hüfte) Parästhesien, motorische Parese mit Atrophie links, welche vorübergeht, psychische Reizbarkeit, Schwindelanfälle.

Jetzt komplete scharfe Hemianästhesie der Haut und der Sinnesorgane links mit motorischer Schwäche derselben Seite.

Ausgeheilte Otitis media duplex, rupturirte Trommelfelle, weiße Atrophie beider Sehnervenpapillen.

Letzteren Befund an Augen und Ohren hält Verf. für unabhängig von der bestehenden funktionellen Sensibilitätsstörung, die er ursächlich auf die Explosion (als den stärkeren Insult) bezieht und in eine Parallele mit den bei Railway-spine beobachteten Symptomen stellt.

Ein Versuch mit dem Magneten wurde nicht gemacht.

Thomsen (Berlin).

22. **Greiff.** Zur Lokalisation der Hemichorea.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XIV. p. 598.)

Verf. beobachtete 2 Fälle von posthemiplegischer linksseitiger Hemichorea, einmal bei einer senilen Demenz (motorische Hemiplegie mit Hyperästhesie), sodann im Anschluss an einen epileptiformen paralytischen Anfall mit Hemianästhesie und Hemiopie. In beiden Fällen war die Hemichorea eine exquisite und dauerte bis zum Tode (je 2 Monate später).

Im ersten Falle fanden sich zwei kleine hämorrhagische Herde im rechten Sehhügel, von denen der eine im oberen Thalamus, der andere zwischen Thalamus und Hirnschenkelfuß lag, etwas auf letzteren übergreifend. Außerdem circumscripte Herde im G. occipito-temporal. dext., ein Herd in der linken Kleinhirnhemisphäre und ein kleiner Herd in der rechten oberen Ponshälfte. Die Hinterstränge beiderseits etwas degenerirt, besonders links, die Goll'schen Stränge aufsteigend degenerirt, die Kleinhirnseitenstrangbahn frei.

Im zweiten Falle ergab die Untersuchung Veränderungen der Rinde (der Gefäße und nervösen Elemente), besonders der motorischen Windungen rechts, und (mikroskopisch) einen beginnenden Erweichungsherd im oberen Pons, welcher die rechte Pyramidenfaserung umfasste. Im Rückenmark Degeneration der Hinterstränge, besonders links und der rechten Pyramidenvorderstrangbahn.

Verf. glaubt, dass die Hemichorea im ersten Falle durch den unteren Thalamusherd, im zweiten durch die Rindenveränderungen (beide Male also durch Reizung der Pyramidenbahn) bedingt sei und empfiehlt möglichst genaue mikroskopische Untersuchung ähnlicher Fälle. **Thomsen** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N°. 12. **Sonnabend, den 22. März.** **1884.**

(Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Riegel in Gießen.)

Paraldehyd als Schlafmittel.

Von

Dr. Carl von Noorden,
Assistenzarzt der Klinik.

Die Reihe der Schlaf erzeugenden Arzneimittel ist in Folge der Empfehlung Cervello's um den Paraldehyd vermehrt worden. Cervello[1] empfahl denselben auf Grund physiologischer Thierversuche, weil er einen »ruhigen Schlaf herbeiführe, ganz ähnlich dem physiologischen Schlafe, dem weder eine Aufregung noch irgend Störungen vergesellschaftet sind«. Vor Allem würde Athmung und Herzthätigkeit nicht schädlich beeinflusst.

Seit dieser Empfehlung Cervello's sind von mehreren Seiten[2]

[1] Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. XVI. p. 265.
[2] Gugl, Wiener Zeitschrift f. Therap. v. 1. Aug. 1883. — Peretti, Berl. klin. Wochenschrift v. 1. Okt. 1883. — Langreuter, Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. XV. Hft. 1. — Morselli, Gazzetta degli ospitali 1883. No. 4 bis 6. — Dujardin-Beaumetz, Bull. gén. de therap. 1884. 2. livre.

Versuchsreihen veröffentlicht worden, welche über therapeutische Verwendbarkeit des Mittels berichten.

Alle Berichte lauten günstig. Namentlich wird von allen Seiten betont, dass üble Nebenwirkungen nicht beobachtet seien und das Mittel genügend sicher wirke. Nur über die Größe der arzneilichen Gabe sind Meinungsdifferenzen laut geworden.

Fast alle bisher publicirten Erfahrungen [3] wurden an Irrenanstalten gesammelt und gaben Anlass zu warmer Empfehlung des neuen Mittels.

Über Darreichung des Paraldehyd im Verlaufe somatischer Erkrankungen liegen ausführlichere Mittheilungen nicht vor. Immerhin verlohnte es sich auch auf diesem Gebiete besondere Erfahrungen zu sammeln.

Indem ich hier über die Erfahrungen berichte, welche wir im Laufe der letzten Monate auf der medicinischen Klinik mit dem Paraldehyd gemacht haben, beschränke ich mich auf die rein praktischen, klinisch bedeutungsvollen Gesichtspunkte.

Wir bezogen den Paraldehyd Anfangs von E. Schering in Berlin, später von Merck in Darmstadt [4]. Beide Präparate erwiesen sich als gleich gut.

Die dargereichten Gaben schwankten zwischen 3,0 und 6,0 g als äußersten Grenzen. Von einer Mischung Paraldehyd; Tae. Cort. Aur. āā wurden 6—12 g in einem halben Weinglas Zuckerwasser gegeben. Wir kamen fast durchgängig mit $4^1/_2$ g Paraldehyd, also 9 g der Mischung aus. Doch haben wir auch von größeren Dosen keine nachtheiligen Folgen gesehen. Nach jener Dosis, welche meistens Abends um 8 Uhr gegeben wurde, trat in der Regel der Schlaf [5] in der Zeit von 15—45 Minuten, meist nach ca. $^1/_2$ Stunde ein. Klagen über Übelkeit nach dem Einnehmen gehörten zu den größten Ausnahmen.

Danach schliefen die Pat., bei denen Paraldehyd überhaupt gut wirkte, 5—6 Stunden ruhig und fest. Waren sie durch besondere Unruhe in dem Zimmer während der Nacht aufgeweckt worden, so schliefen sie doch bald wieder ein. Das war die Regel bei fast allen Pat. In den Morgenstunden war das Verhalten bei den einzelnen Pat. an verschiedenen Tagen wie auch bei verschiedenen Individuen unter einander ein verschiedenes.

---

[3] Berger's Versuche stehen außerhalb der Reihe der übrigen, da sie zumeist am Tage, also unter klinisch weniger in Betracht kommenden Verhältnissen angestellt wurden (cf. Bresl. ärztl. Ztschr. v. 24. März 1883). Berger's neue Mittheilungen, die mir während des Druckes bekannt wurden, bestätigen unsre Erfahrungen (cf. Bresl. ärztl. Zeitschr. v. 23. Febr. 1884).

[4] Nach Merck's neuem Preisverzeichnis kostet der Paraldehyd en gros 20 ℳ pro kg, also 2 ₰ pro g.

[5] Die Daten sind theils durch Angaben der Kranken selbst gewonnen, theils entstammen sie den Beobachtungen der Wache habenden Schwester, welche angewiesen war, auf die Kranken, welche Paraldehyd genommen hatten, ganz besonders zu achten, theils wurden sie von mir selbst durch fast allabendliche Kontrolle aufgenommen.

Ein Theil der Kranken — und das sind namentlich die, welche aus nervösen Ursachen an Agrypnie litten — schliefen ruhig und ungestört, höchstens ein- bis zweimal auf ganz kurze Zeit wach, bis zum Morgen durch; ein anderer Theil — und das sind die, welche etwa wegen Brustbeschwerden, Husten oder Schmerzen eines Schlafmittels bedurften — wurde in den Morgenstunden von den Schlaflosigkeit erzeugenden Krankheitssymptomen erweckt und meist wachgehalten.

Nach dem Schlafe fühlen sich die Pat. erquickt und haben keinerlei üble Nachwirkungen, nur manchmal — keineswegs immer — einige Zeit noch andauernden Paraldehyd-Geschmack und -Geruch. In belästigendem Grade haben wir das nur ein- oder zweimal gesehen.

Was nun die Indikationen betrifft, welche uns zu der Darreichung von Paraldehyd veranlassten, und die Erfahrungen im Einzelnen, so sei bemerkt, dass wir im Ganzen etwa 120mal bei ungefähr 30 Pat. das Mittel angewandt haben. Die meisten bekamen nur 1—2mal, manche sehr häufig den Paraldehyd, letztere stets mit Pausen und der Kontrolle wegen abwechselnd mit Morphium, Opium, Bromkalium, Cannabin. Am meisten nahm ein Pat. mit sehr verspäteter Lösung einer Pneumonie, der wegen starken Aufregungszustandes mit Dyspnoe immer wenig spontanen Schlaf fand. Er nahm an 10 Abenden zusammen 41 g.

Wir haben das Mittel in mehr als 50 Einzeldosen bei Emphysem und Bronchitis mit gutem präcisem Erfolg angewandt. Erst gegen Morgen pflegte sich Husten wieder einzustellen; ferner bei Phthisis pulmonum, bei Rückenmarks- und anderen Nervenkrankheiten, bei Herzkrankheiten (Myokarditis und Klappenfehlern), bei späteren Stadien der Pneumonie, bei ikterischem Hautjucken, bei chronischem Gelenkrheumatismus, bei Schlaflosigkeit aus unbekannten Gründen, bei Schmerzen verschiedener Art (Rheumatismen, Neuralgien etc.).

Als Kontraindikationen betrachteten wir Magenleiden schwerer Art. Außerdem erwies sich uns das Mittel bei weit vorgeschrittener Phthise mit Betheiligung des Kehlkopfs als ungeeignet und wir nahmen bald davon Abstand, in solchen Fällen weitere Versuche anzustellen, denn wir beobachteten bei derartigen Pat. mehrfach Hustenanfälle, Übelkeit, Erbrechen und große Aufregung in unmittelbarem Anschluss an die Darreichung. Die Ursache mag vielleicht eine direkte Reizung der ulcerirten Schleimhaut gewesen sein. Unter den übrigen Pat. trafen wir nur zwei, denen der Paraldehyd schlecht bekommen ist, indem er Erbrechen und Kopfschmerz erzeugte. Solche Erfahrungen hat man bekanntlich bei jedem Narkotikum gemacht.

Besondere Sorgfalt verwandten wir auf die Beobachtung, wie Paraldehyd auf Respiration und Kreislauf, sowohl bei Erkrankung der betheiligten Organe, wie auch im gesunden Zustande einwirke.

Die Resultate der Beobachtung waren für den Paraldehyd sehr günstige. Eine schädliche Einwirkung auf die Respiration sahen wir

gar nicht. Aber auch Kranke mit geschwächtem Herz vertrugen das Mittel gut und fanden danach erquickende Ruhe. Die Spannung der Arterien nahm nicht merklich ab.

Um für diese wichtige klinische Beobachtung eine weitere Stütze zu gewinnen, wurde in 4 Fällen Kranken am Tage 5,0 Paraldehyd gegeben. Bei allen, welche in der Nacht vorher ausreichend geschlafen hatten, kam es trotz Isolirung bei den häufigen zur Beobachtung nöthigen leichten Störungen nur zu bald vorübergehendem Einschlummern. Die Athmung wurde nicht beeinflusst. Die Frequenz des Pulses änderte sich nicht nennenswerth, zeigte eine nur geringe Tendenz zur Abnahme. Die Pulswelle wurde etwas größer. Die Spannung der Arterie wurde vor der Darreichung des Narkotikum und während seiner Wirkung in geeigneten Pausen mit dem Sphygmograph[6] bestimmt. Es ergab sich bei drei herzgesunden kräftigen Männern eine ganz geringe Herabsetzung der Spannung in der Art. radialis. Sie gab sich an der Kurve zu erkennen durch das Flacherwerden der ersten Elasticitätswelle und ein geringes Tieferrücken und Größerwerden der Rückstoßwelle, ohne dass jedoch die Höhe der letzteren von den Phasen der Respiration deutliche Abhängigkeit zeigte. Eine Kranke mit Mitralinsufficienz und Stenose, welche schon seit geraumer Zeit auf der Grenze von ausreichender und versagender Kompensation steht, zeigte so gut wie gar keine Druckherabsetzung, noch weniger als die drei herzgesunden Männer.

Das Maximum der so geringen Druckherabsetzung war 1—2½ Stunden — verschieden bei den einzelnen Individuen — nach Verabfolgung des Paraldehyd erreicht. Eine halbe Stunde nach der Erreichung dieses Druckminimum war die Spannung in allen Fällen wieder erheblich gestiegen, um nach wenigen weiteren Stunden zur Norm zurückgekehrt zu sein[7].

Ich weise hier darauf hin, dass für das Chloralhydrat ein solches Verhalten nicht besteht. Schon von mancher Seite ist nach Chloralhydrat erhebliche Druckherabsetzung in dem Gefäßsystem beobachtet und sind Warnungsrufe laut geworden. Die Litteratur kennt manchen Fall von verhängnisvoller Wirkung des Chloralhydrat.

Aus Sorge vor solch übler Wirkung wird das Chloralhydrat auf der medicinischen Klinik hier nur mit äußerster Vorsicht angewandt und ist namentlich bei der Behandlung von Delirium verpönt.

Wir können dagegen bestätigen, was schon von psychiatrischer Seite mehrfach hervorgehoben wurde, dass bei der Darreichung von Paraldehyd in therapeutisch wirksamen Dosen Furcht vor Verminderung der Spannung im arteriellen Gefäßsystem bei Kranken mit geschwächtem Herz unbegründet ist; wir können uns der Ansicht anschließen, dass der Paraldehyd auch da gegeben werden darf, wo

[6] Die sphygmographischen Kurven wurden von Herrn Prof. Riegel aufgenommen.

[7] Peretti fand bei seiner Beobachtung erst nach 24 Stunden Wiederherstellung der normalen Spannung!

man bei herzschwachen Individuen Narkotika geben muss, sich aber aus bekannten Gründen vor der Darreichung des Chloralhydrat zu hüten hat.

Nach unseren Erfahrungen, welche sich auch darin den anderen Orts gemachten anschließen, verdient der Paraldehyd unter der kleinen Zahl wirklich brauchbarer schlafmachender Mittel einen hervorragenden Platz und können für seine therapeutische Verwendung mit wenigen Ausnahmen dieselben Indikationen gelten, wie sie für die innerliche Darreichung des Morphium bestehen.

---

1. J. Fayrer. On the nature of snake-poison; its effects on living creatures, and the present aspect of treatment of the poisoned.

(Med. times and gaz. 1884. Febr. 2.)

F. schildert auf Grund großer persönlicher Erfahrung und umfassender Litteraturkenntnis die Wirkungen des Schlangengiftes. Die nach den bekannten Untersuchungen Lacerda's vielseitig getheilten Hoffnungen bezüglich des hypermangansauren Kalis als Antidot werden von ihm als unbegründet bezeichnet.

In Britisch-Indien sterben jährlich etwa 20 000 Menschen in Folge von Schlangenbiss, und die indischen Ärzte haben daher reichlich Gelegenheit zum Studium desselben.

Die Drüsen, welche das Gift produciren, entsprechen der Parotis der höheren Thiere; das Gift ist im frischen Zustande eine viscide, transparente Flüssigkeit, getrocknet verliert es 50—75% Wasser und stellt eine halb-krystallinische Masse dar, ähnlich dem Gummi arabicum; mikroskopisch zeigt es sich völlig strukturlos. Das Gift wird dadurch gewonnen, dass man Schlangen in vorgehaltene Gegenstände beißen lässt; wie bekannt erschöpft sich die Giftigkeit nach längerem Beißen zunächst, um aber nach kurzer Zeit schon wiederzukehren — zuerst gebissene Geschöpfe sterben demgemäß sicher, während bald darauf gebissene weniger gefährdet sind. Bemerkenswerth ist, dass die Schlangen sich selbst und die zu ihrem Genus gehörigen durch Bisse nie vergiften, ungiftige Schlangen dagegen eben so sicher wie andere Thiere. (Auch Kaltblüter und wirbellose Thiere werden durchs Schlangengift getödtet.) Das Gift wirkt ungemein schnell, sobald es in die Cirkulation gelangt, und wird, was praktisch höchst wichtig ist, auch von unverletzten Schleimhäuten leicht und schnell aufgenommen — es ist daher keineswegs so ungefährlich, wie es allgemein hingestellt wird, vergiftete Wunden auszusaugen!

Das Gift wirkt auf die nervösen Centralorgane, besonders auf die Medulla oblongata, und erzeugt schnell allgemeine Lähmung; vielleicht auch auf die Herzganglien; außerdem aber auch heftig lokal entzündungserregend, worauf Hämorrhagien und septische Processe

folgen können. (Doch ist zu bemerken, dass die einzelnen Schlangenarten sich in dieser Beziehung nicht ganz gleich verhalten — bei den einen ist die Wirkung aufs Nervensystem, bei den anderen die Wirkung »aufs Blut« mehr ausgeprägt. Nach Thierexperimenten schien es Verf., als ob künstliche Athmung, wenn sie lange genug fortgesetzt wird, zuweilen rettend wirken könnte.) Sehr wesentlich ist es, an welcher Stelle das Gift in den Körper gelangt — ist dieselbe sehr gefäßreich, so dass es schnell aufgenommen wird, dann ist die Gefahr um so größer. Wo es angeht, soll der gebissene Körpertheil schleunigst abgeschnürt, die Wunde ausgiebig geöffnet event. excidirt werden. Ätzungen oder Aufgießen starker Lösungen von Kali hypermanganicum sind zu empfehlen; dagegen ist Aussaugen der Wunden von zweifelhaftem Werthe und, wie oben bemerkt, für den Aussaugenden sogar nicht ungefährlich. Bezüglich des Kali hypermanganicum darf man, wie Eingangs erwähnt, nicht zu große Hoffnungen hegen — es zerstört allerdings im Reagensglase das Gift sehr schnell durch Oxydation, aber im lebenden Körper wird nicht zuerst das Gift, sondern das Blut und überhaupt das lebende Gewebe dadurch angegriffen. Die praktischen Erfahrungen sprechen ebenfalls dafür, dass das genannte Mittel nicht unter allen Umständen sicher wirkt. Es käme also vielleicht darauf an, eine Substanz anzuwenden, die die lebenden Gewebe nicht schädigt. Die Lektüre des vorliegenden Aufsatzes im Original ist Allen, die sich dafür interessiren, aufs angelegentlichste zu empfehlen.

Küssner (Halle a/S.).

---

2. **Barduzzi.** Die Mikroben der Syphilis.

(Gazz. degli ospitali 1884. No. 12.)

Verf. bespricht die Mikrokokkenuntersuchungen von Klebs, Aufrecht, Birch-Hirschfeld, Bergmann. Die Ansicht des Letzteren, dass die Mikrokokken von den Lymphgefäßen aufgenommen werden, dort wachsen und sich vervielfältigen, dann die Drüsen und das umgebende Gewebe infiltriren und sich so im Organismus verbreiten, wird durch die Untersuchungen von B. bestätigt.

Die Untersuchungen beziehen sich auf einen Fall von syphilitischem Pemphigus. In der aus den Pemphigusblasen genommenen und sofort in Glasröhren hermetisch verschlossenen opalen Flüssigkeit fanden sich unter Hartnack (Objektiv 8, Okular 9) zahlreiche unbewegliche Kokkobakterien, außerdem zahlreiche Mikrokokken. Die Bakterien bestanden aus Reihen kleinster Zellen, die isolirt wie minimale Mikrokokken erschienen. Ihre Länge schwankte zwischen 0,000285 mm und 0,00569 mm. Die Zellen, aus welchen sie bestanden, waren sehr klein; ihr Durchmesser betrug ca. 0,00071 mm. Sie waren blass mit wenig scharfer Kontur und umgeben von einem hellen Saum.

Der Längsdurchmesser der Zellen war kleiner als der tranversale. Ihre Verbindung unter einander war sehr locker, sie trennten sich leicht und präsentirten sich dann als einzelne oder zu 2 und 3 vereinigte Mikrokokken.

Außerdem fanden sich in der trüben gelblichen Flüssigkeit der Blasen viele Eiterkörperchen, die zum Theil kleine Kerne zeigten, zum Theil mit Bakterien erfüllt waren und desshalb granulirt aussahen. Die Kokkobakterien färbten sich ziemlich gut mit der Mischung von Ehrlich und Koch (im Original Cock!). Jedoch war keinerlei Färbung nothwendig, um sie deutlich und in großer Zahl wahrzunehmen.

Den geschilderten Bakterien schreibt Verf. die Bildung der Pemphigusblasen und der anderen Läsionen zu, welche die Mundschleimhaut des Kranken darbot. Dieselben Elemente wurden wiederholt sowohl in den neu sich bildenden Blasen als auch im Blute gefunden. Eben so gelang es, sie in syphilitischen Geschwüren und sekundären pathologischen Produkten bei nicht specifisch behandelten Kranken stets in größerer oder geringerer Menge nachzuweisen.

Injektion des Blaseninhalts rief bei Kaninchen und Meerschweinchen Abscesse und Drüsenanschwellungen hervor, in denen sich dieselben Bakterien fanden. (Die Züchtung dieser Bakterien in Reinkulturen wurde offenbar nicht versucht. Ref.) Verf. hat sie in den Blasen des nichtsyphilitischen Pemphigus nicht angetroffen und hält sie für die Erzeuger der Syphilis, bemerkt jedoch selbst, dass zur Bestätigung weitere Untersuchungen nothwendig sind (vor Allem aber weitergehende Untersuchungen als die vorliegenden. Ref.).

E. Kurz (Florenz).

---

3. **Landouzy-Martin.** Faits cliniques et expérimentaux pour suivre à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose.

(Revue de méd. 1883. No. 12.)

Die Verff. suchen die Frage nach der Heredität der Tuberkulose auf experimentellem Wege zu lösen, indem sie die Möglichkeit der Übertragung des Krankheitskeimes einmal von der Mutter durch den Placentarkreislauf hindurch auf den Fötus und zum Anderen durch den Samen auf das Ei ins Auge fassen. Den Weg, den die Verff. einschlagen, und die Schlüsse, welche sie aus ihren Untersuchungen ziehen, sind etwas eigenthümlicher Art. Vor Allem lassen sie die Frage nach der Bedeutung des Tuberkelbacillus ganz außer Spiel und nehmen überhaupt auf die von deutscher Seite angestellte Experimentalforschung gar keine Rücksicht.

Ein Beispiel aus der geringen Zahl ihrer Untersuchungsreihen möge genügen, um die scheinbar scharfe Kritik zu rechtfertigen.

Von der Lunge einer im 5. Monat schwangeren Frau wird ein Stückchen in die Bauchhöhle eines Meerschweinchens gebracht; in der gleichen Weise wird verfahren mit einem Stückchen aus der Placenta, einem Stückchen aus der makroskopisch gesund erscheinenden Lunge des Fötus, einem Stück aus der Leber und mit Flüssigkeit aus dem Herzbeutel und Brei aus dem Gehirn. Die 3 Thiere, denen Lunge, Leber und Gehirnmasse eingeimpft war, zeigten sich noch nach vier

Monaten gesund, die übrigen gingen im Zeitraum von 2—3 Monaten an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde. Ähnliche Versuche wurden mit Föten von Meerschweinchen gemacht und aus ihnen der Schluss gezogen, dass sowohl der menschliche wie der thierische Fötus während seines intra-uterinen Lebens mit Tuberkulosegift inficirt werden kann, das aus dem mütterlichen Blute stammt, und es wird diese Art der Infektion des Fötus in Parallele gestellt mit der bei Syphilis. In nahezu der gleichen Weise werden Untersuchungsserien angestellt, um die Frage zu entscheiden, ob auch durch das Sperma das Tuberkulosegift übertragen werden könne. Es ist kaum auffallend, dass diese Untersuchungsmethode den Verff. zu dem gewünschten Resultate verhilft, dass nämlich eben so wie durch die Mutter so auch durch den Vater das Tuberkelgift direkt übertragen werden kann.

(Dürften wir diese Schlüsse nur so ohne Weiteres acceptiren, so läge dieses ganze wichtige Kapitel aus der Tuberkulosenfrage in großer Klarheit vor uns.)

Seifert (Würzburg).

---

4. **F. Mosler** (Greifswald). Über die medicinische Bedeutung des Medinawurmes (Filaria medinensis).

Wien u. Leipzig, **Urban & Schwarzenberg**, 1884. gr. 8. 26 S.

M. giebt eine Zusammenstellung der hauptsächlichsten Daten über das Vorkommen etc. des Medinawurmes. Er hat bei einem Mitgliede der Nubierkarawane, die 1879 Deutschland bereiste, Überbleibsel der durch den genannten Parasiten bewirkten Veränderungen gesehen, welche mit den sonst bekannten Beschreibungen übereinstimmten. Der Medinawurm, zu den Nematoden gehörig, ist der größte beim Menschen vorkommende, wird bis 80 cm lang, liegt im Unterhautgewebe, am häufigsten an den unteren Extremitäten, und gelangt allmählich an die Oberfläche, indem sich eine furunkelähnliche Beule bildet, welche ein »Bläschen« trägt; dieses platzt, und der Wurm erscheint in einer kraterförmigen Vertiefung als darmsaitenähnliches Gebilde, welches sich nur selten auf einmal entfernen lässt — gewöhnlich wird in den Ländern, wo das Leiden heimisch ist, das einmal gefasste Stück angeknotet, um das Zurückschlüpfen zu verhüten, und dann in Verlauf von 10—12 Tagen der ganze Wurm allmählich herausgewickelt. Reißt der Wurm ab, so giebt es meist unangenehme, hartnäckige Entzündungen, und oft bohrt sich an einer benachbarten Stelle der Wurm durch; die erstere, vielleicht etwas umständlich erscheinende Methode verdient also den Vorzug. Auch die subjektiven Beschwerden erinnern wie das objektive Bild an die Eruption eines Furunkels. Im Gewebssaft der afficirten Stellen und der nächsten Umgebung hat man zahlreiche Embryonen des Wurmes gefunden.

Der Wurm (NB. bisher kennt man nur Weibchen) ist, wie oben bemerkt, sehr lang, kann eine Länge von 80 cm erreichen, ist gelblich gefärbt, sehr dehnbar, hat einen spitzen Schwanz und ein

abgerundetes Kopfende, welches eine rundliche, schildartige Scheibe trägt; in der Mitte derselben befindet sich eine dreieckige Mundöffnung. Der Darmkanal verläuft gestreckt vom Kopf- zum Schwanzende hin. Die Hauptmasse des Körpers wird von einem mächtig entwickelten Uterus gebildet. Der Medinawurm ist vivipar; die Embryonen sind sehr renitent gegen allerlei äußere Einflüsse. Die Art des Eindringens in den menschlichen Körper ist noch nicht genügend festgestellt — Verf. vermuthet, dass sie durch die »Hautporen«, d. h. die Mündungen der Schweißdrüsen eindringen (was wohl kaum der Fall sein dürfte, Ref.); viel wahrscheinlicher ist, dass sie mit dem Trinkwasser in den Körper gelangen, zumal da sich gezeigt hat, dass die Embryonen auch in einem sehr verbreiteten Süßwassercyklopen sich zu einer Larvenform entwickeln und mit ersterem beim Trinken genossen werden. Wie sie freilich vom Magen oder Darm aus in den Körper gelangen, ist noch unklar; Thatsache ist, dass sie, wenn sie erst im subkutanen Gewebe sich befinden, entsprechend den Bindegewebszügen wandern (Leuckart). Weitaus am häufigsten (98,85 % nach Aitken) finden sich die Wurmabscesse an den unteren Extremitäten, können aber auch an jeder beliebigen Stelle des Körpers vorkommen (Scrotum, Nacken, oberen Extremitäten); oft sind sie multipel, selbst bis zu 50 sollen an einem Individuum beobachtet sein. Im Großen und Ganzen ist die Krankheit in gewissen tropischen und subtropischen Gegenden besonders Afrikas heimisch, doch können auch »Verschleppungen« nach beliebigen anderen selbst nördlichen Orten vorkommen, d. h. es gelangen Embryonen des Wurmes in den betreffenden Menschen hinein, werden von diesem mitgenommen und entwickeln sich zu geschlechtsreifen Thieren. (Diese Zeit, die »Inkubation«, soll 9—11 Monate betragen.) Eine Übertragung von einem erkrankten Menschen auf einen gesunden dürfte schwerlich vorkommen.

Küssner (Halle a/S.).

---

5. **Cornillon** et **Mallat.** La doctrine de l'acétonémie à propos d'un cas de coma diabétique.

(Progr. méd. 1883. No. 50 u. 51.)

Unter Reproduktion der einschlägigen Litteratur gelangen Verff. an der Hand ihres eingehend erschlossenen Falles zu folgendem Resumé: In der bei Weitem größten Majorität der Fälle von Coma diabeticum darf die Acetonämie nicht als direkte, absolute Ursache des Symptomenkomplexes angesprochen werden. Die rothe Eisenchloridreaktion des Harns, seine Rosafärbung mit Schwefelsäure sind Reaktionen, welche auch bei abgemagerten, entkräfteten, seit langer Zeit glykosurischen Individuen beobachtet werden und für die Gegenwart des Acetons nicht als charakteristisch gelten dürfen. Endlich liefert der Speichel von Gesunden und Diabetikern die Eisenchloridreaktion, wiewohl in schwächerem Maße. Gemeinhin werden die

beiden genannten Reaktionen bei fetten Diabetikern vermisst, auch in weit vorgeschrittenen Stadien ihrer Krankheit.

Fürbringer (Jena).

---

6. **Vierordt.** Die einfache chronische Exsudativperitonitis.

Tübingen, **Laupp'sche** Buchh., 1884. Ladenpr. 3 ℳ.

Der Versuch V.'s ein Krankheitsbild zu fixiren, dessen Existenz bis in die neueste Zeit selbst von berufenster Seite noch immer bestritten wird, ist gewiss als ein dankenswerther zu bezeichnen, wenn er auch nicht dazu geführt hat, alles Dunkel zu erhellen, welches dieses Gebiet der Pathologie noch bedeckt.

Welche mannigfachen Störungen mögen noch den Beobachtungen zu Grunde liegen, die V. als reine Fälle von exsudativer Peritonitis beschreibt, Fälle, die sich alle dadurch auszeichneten, dass sie bei wenig eingreifender oder auch wohl indifferenter Behandlung zu wesentlicher Besserung oder vollständiger Heilung gelangten? Schon die mannigfaltigen Ätiologien und Komplikationen weisen auf recht polymorphe Krankheitszustände hin. In dem einen Falle ist die Krankheit anscheinend traumatischen Ursprungs, in dem anderen Nachkrankheit von Masern, der eine Fall ist mit Gravidität komplicirt, der andere auf das Puerperium zurückzuführen und in einzelnen Beobachtungen sind Erscheinungen, die als Ulcus ventriculi sich deuten lassen, dem Auftreten des peritonitischen Ergusses vorausgegangen. Bei einer großen Anzahl der Fälle war eine Ursache überhaupt nicht aufzufinden, und es spricht desshalb V. selbst die Thatsache aus, dass die Frage nach der Ätiologie der Krankheit sich zu einer besonders schwierigen und verwickelten gestaltet. Nun hat sich aber die in den letzten Jahren erst wieder in Fluss gekommene Diskussion über das fragliche Krankheitsbild mit gutem Recht gerade um die Entstehungsursachen gedreht, da offenbar nur auf ätiologischem Wege eine strenge Sichtung der komplicirten in Betracht kommenden Verhältnisse möglich ist. Wenn z. B. die Ansicht von Quincke zutrifft, die er mit Bezug auf einige eigene Beobachtungen ausspricht, dass Peritonealergüsse nicht entzündlicher Natur bei dem ersten Eintreten der Menses vorkommen, so wäre damit schon für eine Reihe von Fällen die Ausscheidung aus dem Krankheitsbild der »chronischen Exsudativperitonitis« ausgesprochen.

Auch Lebererkrankungen mit konsekutivem Ascites dürften unter Umständen das Bild der chronischen Peritonitis vortäuschen, und hat doch Seiler diese Ansicht so einseitig verfochten, dass er jeden Ascites im kindlichen Alter, der nicht auf tuberkulösem Boden ersteht, auf Hepatitis syphilitica zurückführt, selbst in Fällen wo alle übrigen Erscheinungen einer syphilitischen Erkrankung fehlen.

So stellte sich auch in einer Beobachtung von chronischem Ascites, die Ref. zu machen Gelegenheit hatte, bei der Sektion eine cirrhotische Veränderung der Leber als Ursache heraus, die auf eine

eigenthümliche Weise zu Stande gekommen war. Die ganze Leberkapsel war in eine derbe milchweiße, stellenweise centimeterdicke Schwiele umgewandelt, von der narbige Faserzüge sich in die Lebersubstanz einsenkten und auf diese Weise offenbar zu einer Einengung des Pfortaderbettes geführt hatten.

Wenn in diesem Falle die Ursache für den Ascites auch schon intra vitam mit großer Wahrscheinlichkeit in der Leber gesucht wurde, so lässt sich doch denken, dass andere Male die Differentialdiagnose gegenüber der einfachen Entzündung des Peritoneums auf große Schwierigkeiten stoßen dürfte. Geht die Krankheit wie es in den Seiler'schen Fällen zutraf, und wie es auch bei der Mehrzahl der V.'schen Beobachtungen geschah, in Heilung über, so dürfte ein diagnostischer Irrthum um so weniger zu vermeiden sein.

Gegenüber der tuberkulösen Peritonitis genügt die Thatsache der Heilung des Ergusses nicht als beweiskräftiges Argument, denn Ref. hatte selbst Gelegenheit die Sektion von Individuen zu sehen, die von ihrer Peritonitis anscheinend genesen an interkurrenten Krankheiten zu Grunde gingen und bei der Autopsie dennoch Tuberkeln im Peritoneum aufwiesen. Oder man müsste in solchen Fällen eine nachfolgende Tuberkeleinlagerung in vorher benigne Pseudomembranen annehmen.

Trotz dieser Schwierigkeiten einer exakten Diagnose sind wir mit V. der Ansicht, dass die von manchen Autoren bestrittene einfache chronische Peritonitis in der That existire und dass sie oft genug sich entwickle ohne nachweisbare Ätiologie, ohne dass etwa Tuberkulose oder Carcinomatose des Bauchfells, Pfortaderstauung aus irgend welcher Ursache, Cirrhose oder chronische syphilitische Entzündung der Leber vorliegt, oder der ascitische Erguss Theilerscheinung allgemeiner Hydropsie ist.

Therapeutisch empfiehlt V. Priessnitz'sche Umschläge, Einreibungen mit grauer Salbe, milde Laxantien oder Klystiere und tonische Mittel. Diuretika und Diaphoretika leisteten ihm keine wesentlichen Dienste, die Faradisation der Bauchwände wurde von V. versucht, ohne ihn von ihrer Wirksamkeit zu überzeugen, auch die dauernde Kompression des Bauches, obwohl häufig ausgeübt, war von zweifelhaftem Effekt. Eine zu rechter Zeit ausgeführte Punktion, die bei Beobachtung strenger Antisepsis ein gefahrloser Eingriff sein muss, wird immer eine wirksame Maßnahme bleiben.

Unverricht (Breslau).

---

7. **Bresgen.** Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten für Ärzte und Studirende.

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1884. 256 S. 156 Holzschn.

Das Bestreben des Verf., der Kenntnis der von ihm als Specialarzt vertretenen Disciplinen auch unter den praktischen Ärzten mög-

lichste Verbreitung zu verschaffen, ist unter allen Umständen ein lobenswerthes und von diesem Gesichtspunkte aus verdient das vorliegende Buch volle Anerkennung; anders freilich steht es, sobald man die Frage nach dem Bedürfnis eines derartigen Werkes ins Auge fasst, welche nach Ansicht des Ref. entschieden in Abrede gestellt werden muss, nachdem das Jahr 1880 uns eine Bearbeitung dieses Gegenstandes durch Störk, Mackenzie (resp. Felix Semon) und das Jahr 1884 eine Behandlung der gleichen Materie, wenigstens so weit sie den Kehlkopf betrifft, durch Gottstein gebracht hat. Indess vielleicht weicht der Herausgeber in wesentlichen Punkten in der Auffassung der Ätiologie oder Therapie einzelner oder aller der von ihm in das Bereich seiner Arbeit gezogenen Erkrankungen erheblich von den sonst herrschenden, durch die eben genannten Autoren vertretenen, Anschauungen ab und hat darin einen ausreichenden Grund für die Neubearbeitung des Stoffes erblickt; keineswegs und so weit dies der Fall ist, hat er seine Ansichten vielfach zum Ausdruck gebracht in Journalartikeln und der als Monographie erschienenen Arbeit »Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh« (cf. dieses Centralblatt 1883), Lieblingthemata des Verf.s, die auch in den Grundzügen mit großer, in einem entschiedenen Missverhältnis zu der an anderen, keineswegs unwichtigeren, Kapiteln zu Tage tretenden Kürze, stehenden Ausführlichkeit behandelt worden sind.

Was die Eintheilung des Stoffes anlangt, so wird in einem ersten Theil die Anatomie und Physiologie der Nasen- und Mundrachenhöhle, so wie des Kehlkopfs und der Luftröhre erörtert, wobei Ref. nicht unterlassen will, auf den als recht gelungen zu bezeichnenden Abschnitt über die Anatomie der Nasenhöhle besonders aufmerksam zu machen. Der zweite Theil umfasst die Methoden der Untersuchung der in Betracht kommenden Organe und ist durch zahlreiche Abbildungen illustrirt. Im dritten, gleichfalls viele Abbildungen bietenden, Theil werden dem Leser die bei der lokalen Therapie der Nase, des Rachens und Kehlkopfs in Verwendung gezogenen Instrumente vorgeführt, nachdem B. im Anfang dieses Abschnitts einige allgemeinere, für die Behandlung derartiger Krankheiten zu beherzigende, Vorschriften gegeben hat. Die praktische Ausführbarkeit derselben seitens des Publikums hält Ref. für unmöglich, aus dem einfachen Grunde, weil sie nur für einen ganz bestimmten Theil und zwar lediglich die wohlhabende Klasse der Bevölkerung zugeschnitten sind. Es folgt als vierter Theil die specielle Pathologie und Therapie, zunächst der Nasenhöhle, worin, wie schon erwähnt, die Besprechung der akuten und chronischen Rhinitis den bei Weitem größten Raum einnimmt; wenn B. hierbei die Hyperplasie des nicht selten zur Bildung kavernöser Tumoren führenden Muschelüberzuges und das Auftreten von Schleimpolypen als Ausdruck einer chronischen Rhinitis ansieht, so dürfte eine derartige Auffassung wohl kaum allgemeine Anerkennung finden, und wer insbesondere Gelegenheit hat, an anatomischen Präparaten das Vorkommen der

einen wie anderen Geschwulstform ohne jede Spur entzündlicher, die geschwulstfreien Schleimhautpartien betreffender Veränderungen zu konstatiren, der wird zu der Überzeugung gelangen, dass hier andere Momente, als die von B. herangezogenen chronischen Katarrhe eine viel wichtigere Rolle spielen. Unter den Rachenkrankheiten ist das Kapitel über Diphtherie geschickt abgefasst; vollständig vermisst Ref. in dem Abschnitt der Pharynxerkrankungen einen Hinweis auf das Vorkommen mykotischer Affektionen der Tonsillen, deren Kenntnis für den Praktiker wichtig ist, da Nichtvertrautsein mit denselben zu unrichtigen Diagnosen Veranlassung giebt. Dass B. retropharyngeale Abscesse nur »manchmal durch Caries der Wirbelkörper bedingt« ansieht, steht in Widerspruch mit den thatsächlichen Verhältnissen; eigenthümlich klingt es auch, wenn B. das fragliche Leiden erst für nicht idiopathisch erklärt und einige Zeilen später sagt: »die idiopathischen Abscesse sind eigentlich auch sekundärer Natur« . . . In dem Kapitel »Krankheiten der Mundhöhle« unterlässt es B., gelegentlich der Erörterung der Ranula, auf den von v. Recklinghausen gelieferten, für die Behandlung des Leidens ja sehr wichtigen, Nachweis des Zusammenhanges der fraglichen Geschwulstform mit der Nuhn'schen Drüse aufmerksam zu machen. Der letzte Abschnitt ist den Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre gewidmet, und hierbei findet in einem gesonderten Kapitel auch der Keuchhusten eine besondere Besprechung; eine Klassificirung, die jedenfalls den Vorzug der Originalität hat, wissenschaftlich aber schwer zu begründen sein dürfte. Eine gebührende Berücksichtigung hat B. der Tuberkulose des Kehlkopfs zu Theil werden lassen, einverstanden kann sich indess Ref. mit dem sehr apodiktischen Ausspruch des Verf. nicht erklären, der da lautet (p. 204): »dass zur Sicherung der Diagnose der Nachweis von Tuberkelbacillen im Kehlkopf (B. Fränkel) nicht verwendet werden kann, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, denn es versteht sich von selbst, dass ein Fernhalten von Lungensekret auf Kehlkopfgeschwüren gänzlich unmöglich ist«. Für Erkrankungen, wo tuberkelbacillenhaltiges, aus den Lungen stammendes Sekret zur Untersuchung vorliegt, wird auch die Diagnose etwa vorhandener Larynxgeschwüre keine Schwierigkeiten bereiten, der Fränkel'sche Vorschlag bezieht sich auf jene doch gewiss auch vom Verf. gesehenen Fälle, in denen Erscheinungen von Seiten der Lunge fehlen, resp. physikalisch nicht nachweisbar sind und die Veränderungen des Kehlkopfs das Krankheitsbild beherrschen, jene Fälle, in denen die Diagnose durch lange Zeit schwanken kann zwischen Syphilis, Tuberkulose und einer ulcerirten, malignen Neubildung und hierfür ist der Rath Fränkel's, Sekret aus dem Larynx zu entfernen und auf Bacillen zu untersuchen, gegeben, die dabei gewonnenen Resultate oft Ausschlag gebend. Das Kapitel über die Syphilis des Larynx ist gut bearbeitet, die beigefügten Abbildungen zweckmäßig gewählt, das Gleiche gilt bezüglich des den gutartigen Geschwülsten des Kehlkopfs gewidmeten Abschnitts. Anhangsweise wird

der Kompressionsstenosen der Trachea und des Larynx, wie sie durch Struma, Aneurysmen, Tumoren bedingt sind, gedacht. Den Schluss des Buches bildet eine übersichtliche Zusammenstellung der benutzten Litteratur, so wie ein sorgfältig gearbeitetes Autoren- und Sachregister; die Ausstattung des Buches ist gut. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

8. **Escherich.** Über respiratorischen und phonischen Stimmritzenkrampf.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 17.)

Eine 45jährige Frau leidet seit 10 Jahren an Lach- und Weinkrämpfen und anderen Erscheinungen der Hysterie, seit 7 Jahren an eigenthümlichen Anfällen, wie sie auf der Klinik Gerhardt's beobachtet wurden. Auf einmal wird mit dem exspiratorischen Luftstrom ein gepresster hoher Schrei ausgestoßen, der weithin hörbar ist, dann tiefe Inspiration, alsbald unterbrochen durch den krampfhaften Verschluss der Stimmbänder, die sich unter kurzer, tönender Exspiration löst, dabei Beschleunigung der Respiration. Die Anfälle können unterdrückt werden durch energischen Druck auf die Vorderseite des Larynx, wodurch derselbe gegen die Wirbelsäule angepresst wird. Durch große Dosen Natr. brom., Galvanisation des Halsmarkes und kalte Waschungen war nur geringe Besserung zu erzielen.

E. sieht diesen Fall von exquisiter Hysterie als Übergangsform des Spasmus inspir. zu rhythmischen Schreikrämpfen an.

Eine andere Form stellte ein 23jähriger Mann dar, der seit 6 Jahren ein zusammenschnürendes Gefühl und Behinderung erst beim Singen, dann beim Sprechen bemerkte. Der sehr kräftig gebaute junge Mann strengt beim Versuch zu sprechen alle seine Exspirationsmuskeln aufs äußerste an, man sieht an seinen mimischen Bewegungen den Grad der Anstrengung. Die Vokale werden in deutlichen Absätzen hervorgestoßen (a—a, ei—eins). Bei der laryngoskopischen Untersuchung während der Phonationsversuche sieht man, wie die Stimmbänder rasch zusammentreten und sich fest an einander legen, dann auf einen Augenblick aus einander gehen, wodurch das geschilderte Saccadiren entsteht.

Trotz der verschiedensten therapeutischen Maßnahmen trat nur sehr geringe Besserung ein (Kal. brom., Galvanisation des Halsmarkes etc.).

Dieser Fall ist als Dysphonia spastica aufzufassen, der noch dadurch von Interesse ist, dass Pat. für gewöhnlich, um sich das Sprechen zu erleichtern, mit inspiratorischem Luftstrom sprach. **Seifert** (Würzburg).

9. **Felix Semon.** Two cases of laryngeal growths etc.

(Medico-chirurgical transact. Vol. LXV.)

In dem einen, ein 20jähriges Fräulein betreffenden Falle handelt es sich um multiple zum Theil unterhalb der Glottis befindliche, wiederholt recidivirte Papillome, unter deren Einfluss totale Aphonie und leichte Dyspnoe aufgetreten war; trotz des tiefen Sitzes der Geschwülste gelang es, dieselben durch intralaryngeale Operation, Anfangs mittels der Kehlkopfzange, späterhin mit einem eigens dazu konstruirten galvanokaustischen Brenner mit einem quoad functionem günstigen Resultat zu entfernen.

Im zweiten Fall wurde gleichfalls intralaryngeal und ohne vorausgeschickte Tracheotomie ein großes, gefäßreiches, von der vorderen Kommissur ausgehendes breitbasig aufsitzendes Fibrom, das den betreffenden Pat. total aphonisch und stark dyspnoisch gemacht hatte, mittels der galvanokaustischen Schlinge entfernt.

S. liefert durch Mittheilung dieser 2 Beobachtungen den Beweis, dass es durch Ausdauer gelingt, auf den ersten Blick per vias naturales inoperable Tumoren des Larynx vom Munde aus zu entfernen und plaidirt demgemäß zu Gunsten dieser Operationsmethode gegenüber der Exstirpation solcher (gutartiger) Geschwülste von den vorher eröffneten Luftwegen aus. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

10. **Felix Semon.** Double stenosis of the upper air passages, i. e. bilateral paralysis of the glottis-operers and compression of the trachea in a case of malignant tumour of the thyroid gland.

(Transact. of the pathologic. society of London 1882.)

Der Fall ist durch die sehr ausführliche Überschrift zur Genüge charakterisirt. Es handelt sich um einen 79jährigen Herrn, der nach einer vorangegangenen Erkältung unter allmählich zunehmender Athemnoth erkrankte und bei dem die laryngoskopische Untersuchung eine inkomplete doppelseitige Posticuslähmung aufdeckte, ohne dass es damals gelang (Juli 1881), eine Ursache hierfür aufzufinden. S. gab dem Pat. den Rath, sich baldmöglichst tracheotomiren zu lassen, worauf dieser jedoch nicht einging. Durch die sich weiterhin steigernde Dyspnoe wurde die Eröffnung der Luftröhre unabweislich, brachte indess dem Pat. die erwartete Erleichterung nicht; der Kranke ging am 6. Tage p. oper. zu Grunde. Die sich nur auf die Herausnahme der Halsorgane erstreckende Sektion ergab außer Kompression der peripheren Recurrensenden durch einen der Schilddrüse zugehörigen, mikroskopisch als malignen, wahrscheinlich carcinomatös, konstatirten Tumor und einer ausschließlich auf die M. crico-arytaen. postici beschränkten Atrophie, hochgradige Verengerung des Anfangstheils der in ihren Knorpeln erweichten Trachea, bedingt durch das Andrängen des oben erwähnten Schilddrüsentumors.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

11. **Bosworth.** Paresis of the constrictor muscles of the pharynx, simulating spasmodic stricture of the oesophagus.

(Archives of laryngology 1883. p. 192—198.)

In den dieser Mittheilung zu Grunde liegenden 5 Fällen handelt es sich durchgehends um ältere Pat., zwischen 46 und 63 Jahren; sämmtliche Pat. klagten über seit Monaten und resp. Jahren bestehende, Anfangs geringere, später heftiger gewordene Schlingbeschwerden, die ihnen das Schlucken fester Speisen schließlich unmöglich machten; nur in einem Falle war Syphilis vorangegangen, in allen übrigen fehlte jedes, ätiologisch irgend wie zu verwerthende Moment. Alle Pat. genasen, mit Ausnahme des an Inanition zu Grunde gegangenen 63jährigen. Die Therapie bestand bei allen in der Anwendung des elektrischen Stromes, so wie dem Gebrauch von Strychnin und Eisen; objektiv war absolute Reaktionslosigkeit der Pharynxmuskeln gegen mechanische Reizung des Schlundes sowohl als auch gegen den faradischen Strom zu konstatiren. Hysterie oder ein anderes nervöses Element ließ sich in allen Fällen ausschließen und B. steht nicht an, die Affektion als rein myopathischen Ursprungs zu erklären und ätiologisch auf die Überanstrengung der afficirten Muskeln zu rekurriren; je größer die Arbeitsleistung eines Muskels, um so größer sei auch seine Neigung, zu erlahmen; Beweis die häufigen muskulären Erkrankungen des den thätigsten Muskel im Körper repräsentirenden Herzens. In zweiter Linie arbeiten am meisten die Glottisöffner, daher auch die Eigenthümlichkeit dieser Muskeln, bei auf den Recurrensstamm einwirkenden Schädlichkeiten, zuerst funktionsunfähig zu werden; ähnlich stehe es mit den namentlich bei gewissen Berufsklassen stark in Anspruch genommenen Glottisschließern und -spannern und die gleichen Verhältnisse walten dann auch bei den Konstriktoren des Pharynx ob, welche ja dicht unter einer sehr häufig katarrhalisch erkrankten Schleimhaut liegen.

So einfach, wie dies nach B. der Fall zu sein scheint, liegen denn die Verhältnisse doch nicht und seine Beweisführung ist in jedem einzelnen Punkte zu widerlegen; die von B. angezogenen Herzfleischerkrankungen sind wohl noch

niemals als Ausdruck einer andauernden Thätigkeit dieses Organs aufgefasst worden, vielmehr handelt es sich hier um ganz andere Verhältnisse, auf deren Erörterung an dieser Stelle nicht füglich eingegangen werden kann. Dass andauernd thätige Muskeln auch keineswegs eine solche Neigung zu Erkrankungen ihres Gewebes zeigen, dafür hätten B. die gesammten der Respiration vorstehenden Muskeln, speciell das Zwerchfell, als Beweis dienen können, die ja, gleich den Gottisöffnern kontinuirlich thätig, Erkrankungen ihres Gewebes in Folge von andauernder Arbeitsleistung niemals aufweisen. Endlich sind, wie man sich durch mikroskopische Untersuchung überzeugen kann, Erkrankungen der Rachenmuskulatur außerordentlich selten, gerade in Fällen, in denen es sich um Erkrankungen der Rachenschleimhaut katarrhalisch entzündlicher Natur handelt. Ref.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

12. **Lefferts.** A danger attending the use of silver tracheotomy tubes in certain cases.

(Archives of largyngology 1883. p. 199—201.)

Es handelt sich um eine wegen syphilitischer Perichondritis und dadurch bedingter Larynxstenose tracheotomirte Frau, welche gegen das bestehende Grundleiden eine Quecksilberbijodid enthaltende Jodkaliumlösung nahm. Die Deglutition war, besonders in der ersten Zeit nach der Tracheotomie, nur unvollständig und es gelangte regelmäßig etwas von dem Medikament in Larynx und Trachea, wodurch allmählich ein durch die Corrosivwirkung desselben veranlasster sackiger Defekt in der konvexen Kanülenwand zu Stande kam (ohne dass dadurch in diesem Falle der Pat. Schaden erwachsen wäre. Ref.).

Eugen Fraenkel (Hamburg).

13. **Clinton Wagner.** A case of membranous occlusion of the larynx following diphtheria; thyrotomy, cure.

(Ibid. 1883. p. 201—204.)

Bei einem am 8. November 1882 an Diphtherie erkrankten 3¾jährigen Knaben wurde 2 Tage später die Tracheotomie gemacht und das Kind genas, es stellte sich jedoch die Unmöglichkeit, die Kanüle zu entfernen, heraus und W. nahm daher, nachdem ein von anderer Seite angestellter Versuch, von der vergrößerten Tracheotomiewunde aus das vorhandene Respirationshindernis zu entdecken, gescheitert war, am 9. April die Thyrotomie vor, wobei die Anwesenheit einer dicht oberhalb des unteren Schildknorpelrandes verlaufende, quer durch den Larynx ziehende, die zwei vorderen Drittel seines Lumens verschließende derbe Membran konstatirt wurde. Mittels Messer und Schere wurde dieselbe abgetrennt, die Wunde geschlossen und die Kanüle wieder eingeführt. Am 1. Mai Heilung mit auch funktionell gutem Resultat. W. glaubt, dass sich ein derartiger membranöser Verschluss häufiger nach Diphtherie entwickle und öfter als man annehme Todesursache werde. Ref. kann nach einem recht großen sich auf Diphtheriefälle beziehenden Sektionsmaterial diese Ansicht nicht bestätigen; auch den Rath W.'s, in Fällen von Diphtherie, wo sich späterhin, sei es dass vorher tracheotomirt war oder nicht, auf ein im Larynx befindliches Athemhindernis zu beziehende Dyspnoeerscheinungen einstellen, die Thyrotomie zu Explorativzwecken vorzunehmen, möchte Ref. nicht allgemein acceptirt wissen wollen, da doch nach diesem Eingriff nicht selten erhebliche oft dauernde Störungen in der Stimmbildung zurückbleiben.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, **einsenden.**

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 13. **Sonnabend, den 29. März.** **1884.**

Hämaturie nach Salicylsäuregebrauch.

Von
Dr. med. **Emil Israel**,
Reservearzt am Kommunehospital in Kopenhagen.

Herr Dr. M. Loeb hat in No. 37 dieser Zeitschrift von 1883 einen Fall von Hämaturie mitgetheilt, der nach dem Gebrauche von 15 g Salicylsäure in 24 Stunden gegen akuten Gelenkrheumatismus entstand. Ohne die Möglichkeit einer Kausalverbindung zwischen der (recht großen) Salicyldose und der Nephritis in Abrede stellen zu wollen, möchte ich doch eine andere Möglichkeit hervorheben, nämlich die, dass die akute Nephritis specifisch »rheumatisch« wäre: auf derselben Noxe wie der Gelenkrheumatismus beruhte. Ein Fall, den wir kürzlich hier im Krankenhause beobachteten, und in welchem, trotz bestehender akuter Nephritis, die Verwendung des Mittels

zwar in viel kleinerer Dose[1] (4 g pro die) nicht allein keinen Schaden verursachte, sondern sogar von einem ungemein schnellen und günstigen Verlaufe des Nierenleidens begleitet war, gestattet kaum eine andere Deutung.

Pat.[2], ein 34jähriger Schustergeselle, wurde am 2. Juli 1883 aufgenommen. Früher gesund, hatte er im Februar 1883 eine Attacke von Gelenkrheumatismus, die nur langsam schwand. Den 28. Juni bekam er plötzlich Gelenkschmerzen, die sich schnell verbreiteten (beide Hüftgelenke, linkes Knie, beide Ellbogengelenke und ein Fingergelenk); er bekam Fieber und musste das Bett hüten. Bei der Aufnahme zeigte der schlechtgenährte Pat. Schwellung, Schmerz und z. Th. Röthe genannter Artikulationen. Temperatur 39,8, Puls 142, Respiration 20. Stethoskopie, auch des Herzens, normal.

Ord.: Pulv. acid. salicyl. 0,50 g bihorio.

3. Juli: Temperatur 39. Schmerzen im Nacken, Gelenkaffektionen sonst unverändert. Starker Schweiß, kein Ohrensausen. Keine Ödeme. Harn dunkel, fleischwasserfarbig, enthält reichlich Blut und eine recht bedeutende Menge Eiweiß; das Sediment zeigt sich unter dem Mikroskope bestehend aus zahlreichen Blutcylindern, gekörnten und hyalinen Cylindern, rothen und weißen Blutkörperchen. Keine Gonorrhoe; keine Lendenschmerzen oder Harndrang; nur ist es ihm beschwerlich, den Harn in liegender Stellung zu quittiren.

Ord.: Epith. tepid. reg. lumbal.
Diaet. lactea.

Cont.: Pulv. acid. salicyl. 0,50 g bihorio.

4. Juli: Temperatur 38,5/38,2. Diurese 700. Schweiß; Gelenkaffektionen schmerzhaft; ein Paar kleine Fingergelenke sind noch afficirt worden. Viel Blut im Harne.

5. Juli: Temperatur 37,5/37. Diurese 530 (+ etwas bei der Defäkation abgegangenes). Albuminreaktion viel schwächer, Blutreaktion noch deutlich. Gelenkaffektionen mindern sich.

6. Juli: Temperatur 37/37. Diurese 830. Gelenkaffektionen bedeutend besser.

7. Juli: Temperatur 37/37,2. Diurese 750. Heute zeigt der Harn keine Blutreaktion mehr, enthält kaum Spuren von Albumen.

Den 13. Juli war der Harn frei von Eiweiß und hielt sich künftig blut- und albumenfrei, was oft konstatirt wurde; die Harnmenge wuchs (zwischen 1000 bis 2000 unregelmäßig wechselnd). Die Milchdiät wurde den 15. Juli seponirt. Die Gelenkaffektionen exacerbirten ein paarmal mit kurzdauernden Attacken, als man die Salicylpulver in geringerer Dose geben oder ganz seponiren wollte, sie wichen aber recht prompt der ursprünglichen Dose.

Den 6. September wurde er auf Wunsch, sich im Ganzen wohl befindend, aber mit Neigung zu kleinen Recidiven vager Schmerzen, ausgeschrieben. Während seiner Krankheit wurden keine deutlichen Zeichen einer Herzkrankheit manifest.

In diesem Falle konnte es nicht bezweifelt werden, dass die Nephritis nicht von der Salicylsäure abhängig war. Schon der gleich nach der Aufnahme entleerte Harn, zu einer Zeit secernirt, als Pat. nur höchst unbedeutende Mengen des Mittels bekommen hatte, war stark blut- und eiweißhaltig. Ich erinnere noch, wie ich bei der Entdeckung der Nephritis starke Bedenken hegte mit dem Salicyl fortzufahren; ich wusste ja nicht, ob das Mittel, das so prompt und reichlich durch die Nieren ausgeschieden wird, dieselben schadhaft reizen würde. Die ziemliche Schwere des Falles bewog mich doch

[1] Mit 4, höchstens 5 g pro die kommen wir hier beinahe immer aus.

[2] Für die Erlaubnis zur Publikation bin ich meinem Oberarzte, Herrn Prof. Brünniche, zum Danke verpflichtet.

bei dem Mittel zu bleiben, unter sorgsamer Beobachtung des Harns; und ich wurde angenehm überrascht zu sehen, wie schnell trotzdem die Symptome der Nierenerkrankung schwanden: 5 Tage nach der Aufnahme waren nur noch Spuren von Eiweiß vorhanden, und ein paar Tage später war der Harn normal und hielt sich so trotz fortgesetztem Salicylgebrauche und noch fortdauerndem Gelenkleiden. Eben dieses ungemein schnelle Verschwinden der doch recht intensen Nephritis hat bei mir die Frage auftauchen lassen, ob nicht hier eine Nierenentzündung derselben (infektionären?) Ursache, wie die des akuten Gelenkrheumatismus, vorläge und der specifischen Wirkung der Salicylsäure eben so (oder wegen der Ausscheidung durch die Nieren noch mehr) zugänglich als die Gelenkaffektionen. Bartels[3] hat vor der Zeit der Salicylsäure dreimal akute hämorrhagische Nierenentzündung während des Verlaufs eines akuten Gelenkrheumatismus beobachtet; in zwei seiner Fälle trat der Ausgang in chronische Nephritis ein, im dritten Falle die Genesung nach wenigen Wochen, während die Gelenkaffektionen noch nicht gewichen waren. Bartels kennt aus der Litteratur nur noch einen Fall, von Johnson beschrieben und schnell tödlich endend. In Bartels' 3 Fällen war frische Endokarditis zugegen, als die Nephritis sich manifestirte, ein Umstand, dem Bartels eine gewisse Bedeutung zuerkennt, indem er die Möglichkeit, dass Entzündungsprodukte aus der linken Herzhälfte in die Nierengefäße eingeschwemmt wären, hervorhebt. In unserem Falle konnte eine Herzerkrankung nicht sichergestellt werden. Dass nun Herrn Dr. Loeb's Fall zu den besprochenen zu rechnen wäre, wage ich nicht bestimmt zu behaupten; mit Hinblick auf meinen Fall aber möchte ich dringlich rathen, nicht allzu ängstlich der Salicylsäure aus dem Wege zu gehen, wenn eine Nephritis acuta den Gelenkrheumatismus komplicirt; vielleicht würde man sonst seine beste Waffe auch gegen das Nierenleiden wegwerfen.

---

1. **Baldi.** Recherches expérimentales sur la marche de la sécrétion biliaire.

(Arch. ital. de biol. 1883. T. III.)

B. sucht die Frage zu entscheiden, ob die Gallensekretion sich analog verhält der Sekretion der Verdauungssäfte, oder ob sie sich wesentlich davon unterscheidet. Die hierzu nöthigen Thierversuche wurden in der Weise angestellt, dass man an Gallenfistelhunden stündlich die Menge der producirten Galle und das Gewicht des festen Rückstandes bestimmte. In einer ersten Serie von Untersuchungen stellte B. den Einfluss verschiedener Nahrungsmittel, in einer zweiten den Einfluss verschiedener Arzneisubstanzen fest, denen man eine die Gallensekretion fördernde Wirkung zuschreibt. An einer Reihe von Diagrammen wird anschaulich gemacht, dass an dem Thiere, welches

---

[3] Handbuch der Krankheiten des Harnapparates. Leipzig 1875. p. 229 f.

gefressen hat, eine Zunahme der Gesammtmenge der Galle während einiger Stunden eintritt, dass man aber nicht die Stunde bestimmen kann, in der das Maximum der Gallensekretion sich zeigt und ferner dass die verschiedenen Nahrungsmittel auf die Gallensekretion keinen wesentlichen Einfluss ausüben. Aus diesen Resultaten geht hervor, dass sich die Gallensekretion wesentlich von der Sekretion der anderen Verdauungssäfte unterscheidet. Bei der zweiten Versuchsreihe wurde in der gleichen Weise verfahren und festgestellt, dass von den hierbei gebrauchten Medikamenten (Podophyllin, Rhabarber, Jalappe, Pilokarpin, Natriumphosphat und Karlsbader Wasser) keinem derselben eine sekretionsfördernde oder sekretionshemmende Wirkung zukommt. Ferner zeigt B. in einer anderen Versuchsreihe, dass Galle, mag sie in den Magen oder ins Blut des Thieres eingebracht sein, rasch wieder durch die Leber abgeschieden wird, und nur zum geringsten Theil durch die Nieren.

Seifert (Würzburg).

---

2. R. Dubois. De l'influence de l'alcool sur l'action du cloroforme.

(Progr. méd. 1883. No. 47.)

Eine Experimentaluntersuchung über die Gestaltung der Chloroformnarkose bei Hunden, welche vorher in den Zustand des akuten Alkoholismus gebracht worden. Kontrollbeobachtungen an nicht alkoholisirten Thieren ergaben, dass die Alkoholvergiftung die Anästhesie beschleunigt, die Thiere schneller zu Grunde gehen lässt, eine geringere Menge des Chloroformluftgemisches zur Herbeiführung von Anästhesie bzw. Tod erfordert, endlich die Temperaturerniedrigung in gleicher Weise wie bei nicht alkoholisirten Thieren erfolgt, d. i. im direkten Verhältnis zur Resistenz steht.

Fürbringer (Jena).

---

3. J. M. Duncan, S. Wilks. On vicarious menstruation.

(Med. times and gaz. 1884. Febr. 2—9.)

Zwei Forscher allerersten Ranges, ein Gynäkolog und ein innerer Kliniker, sprechen sich übereinstimmend dahin aus, dass eine sog. vikariirende Menstruation (wenigstens in Form periodischer Blutungen aus anderen Organen) nicht existirt; W. bezeichnet sogar bezügliche Angaben als Altweibergeschwätz und führt als charakteristisch an, dass zuverlässige Autoren, die eine vikariirende Menstruation anerkennen, nie eigene Beobachtungen darüber mittheilen.

Küssner (Halle a/S.).

---

4. **P. Rosenbach.** Über die Bedeutung der Vacuolenbildung in den Nervenzellen.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 3.)

R. polemisirt gegen die (früher in diesem Blatte referirte) Behauptung von R. Schulz, wonach die Vacuolenbildung in den Ganglienzellen als eine arteficielle Veränderung aufzufassen sei. Da die von Schulz untersuchten Rückenmarke theilweise von Personen stammten, die an Typhus, Tuberkulose und anderen Allgemeinerkrankungen verstorben waren, sei die Voraussetzung eines nicht krankhaft veränderten Rückenmarkes ungerechtfertigt. Andererseits könne die Vacuolenbildung kein durch Härtung bedingtes Artefakt sein, da von 20 in gleicher Weise erhärteten Rückenmarken 18 die Vacuolisation gar nicht und 2 nur an je einer Nervenzelle ergaben. Als direkte Beweise dafür, dass die Vacuolenbildung ein pathologischer, bei Lebzeiten sich entwickelnder und nicht durch Härtung bedingter Process sei, führt R. ihr Vorkommen auch an frischen, nicht erhärteten Präparaten pathologischer Rückenmarke, so wie den Umstand an, dass die den Vacuolen entsprechenden Aushöhlungen des Protoplasma ein feines unregelmäßiges Netzwerk, zuweilen sogar Formbestandtheile (dem Zerfall des Zellleibes entstammend) enthalten.

A. Eulenburg (Berlin).

---

5. **Bechterew.** Über die nach Durchschneidung der Sehnervenfasern im Innern der Großhirnhemisphären (in der Nachbarschaft des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel) auftretenden Erscheinungen.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 1.)

B. durchschnitt bei Hunden die Faserzüge in der Nachbarschaft des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel: Versuche, die schon von Veyssière, Carville und Duret angestellt worden sind, welche jedoch dabei fast ausschließlich auf die consecutive Hemianästhesie, nicht auf die begleitenden Sehstörungen ihr Augenmerk richteten. Die Durchschneidung geschah in der Höhe der oberen Fläche des Sehhügels, unmittelbar nach außen von der Übergangsstelle des Seitenventrikels in das vordere Horn, also über dem äußeren Kniehöcker. Die Resultate waren in allen Fällen identisch: weder Störungen der Motilität noch der allgemeinen Sensibilität, sondern ausschließlich Sehstörungen, und zwar in Form eines Gesichtsfelddefektes beider Augen, welches der verletzten Hemisphäre kontralateral ist (= Funktionsausfall der homogenen Netzhauthälften auf der Seite der ausgeführten Durchschneidung). »Hieraus entspringt die natürliche Schlussfolgerung, dass die Sehnervenfasern nach Erreichung der Vierhügel an einer Seite durch den hinteren Abschnitt der inneren Kapsel derselben Hemisphäre ohne nochmalige Kreuzung weiter ziehen.« Abtragung der hinteren Region

einer Großhirnhemisphäre in beträchtlichem Umfange hatte an Hunden eben so charakteristische Erscheinungen der Hemianopsie zur Folge, wie Durchtrennung der hinteren Faserzüge der inneren Kapsel. Wie diese Ergebnisse und die von Charcot und seinen Schülern angeblich beobachteten einseitigen (kontralateralen) Amblyopien mit Hemianästhesie bei Verletzung der inneren Kapsel in Einklang zu bringen sind, darüber vermag B. uns keine Aufklärung zu geben.

A. Eulenburg (Berlin).

---

6. **Linstow.** Über das Wesen der sog. Krebspest und ihre hygienische Bedeutung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 5.)

Bei den Krebsen, welche von der seuchenartigen Krankheit ergriffen sind, die in einzelnen Flussläufen zur Vernichtung des ganzen Krebsbestandes geführt hat, finden sich alle Organe, die Wandung des Herzens, des Rückengefäßes, des Magens, des Darms, der Nervenstrang, die Muskeln, die Hoden, die Kiemen von einer Unsumme von Zellen durchsetzt, welche sich einander berühren und alle Gewebe mürbe und zerreißlich machen, woraus das Abfallen der Glieder erklärlich wird. Diese Zellen sind oval, 0,02 mm lang und 0,013 mm breit, sind granulirt und enthalten einen oder mehrere glänzende Kerne, wahrscheinlich sind sie thierischer Natur und gehören zu den Protozoen, gelangen mit der Nahrung in den Magen und Darm und dringen dann in die Magen- und Darmwand ein.

Die bereits erkrankten Thiere mögen ohne Gefahr gegessen werden, da die Lebensfähigkeit dieser Protozoen ohne Zweifel durch das Kochen zerstört wird.

Seifert (Würzburg).

---

7. **Campana.** Quelques inoculations des nodules lépreux.

(Arch. ital. de biol. 1883. T. III.)

Bei seinen Versuchen, Lepra auf Thiere zu übertragen, kommt C. zu dem Schlusse, dass auf der Cornea von Kaninchen durch eine Einimpfung von leprösem Material keine wahre lepröse Neubildung entstehen könne, so sorgfältig auch die Inokulation vorgenommen werden mag.

Seifert (Würzburg).

---

8. **Watson Cheyne.** Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica, bei denen Mikroorganismen gefunden wurden. (Pathol. Society of London. 19. Febr. 1884.)

(Brit. med. journ. 1883. I. p. 362.)

In einem »typischen Falle von idiopathischer Purpura« wurden zahlreiche Blutungen unter dem »Exocard« gefunden, an den betreffenden Stellen lagen oft mit Bacillen thrombosirte Kapillare, deren Wände distendirt, zuweilen geborsten waren. In einem zweiten Falle

wurden die Kapillaren zwischen zwei kleinen Hämorrhagien in der Lungensubstanz mit langen Ketten von Streptokokken gefüllt gefunden. Im Gewebe selbst lagen keine Kokken.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

9. **Ch. Talamon.** Note sur le coccus lancéolé de la pneumonie lobaire infectieuse.

(Progr. méd. 1883. No. 51.)

Eine Experimentaluntersuchung, der zunächst 25 Pneumoniker dienten. Der häufigst gefundene Pilz, von welchem Reinkulturen erhalten und mit positivem Resultat überimpft werden konnten, zeigte sich von ellipsoider, bisweilen Kerzenflammenform und verschiedenen Dimensionen: im pneumonischen Exsudat nicht über 2 μ lang und kaum 1 μ breit, im Kaninchenblut viel kleiner, in Liebig'scher Fleischbrühe kultivirt bis 4 μ lang und 2 μ breit. Der Coccus erscheint isolirt, häufiger in Diplokokkenform, in den Lungen oft zu Ketten von 4, selten mehr Exemplaren vereinigt; in den Kulturen bildet er längere, bis zu 10 Gliedern zählende Ketten. Alle die genannten Formen sind unbeweglich; Methylanilin färbt den Coccus stark und gestaltet ihn hierbei mehr rund.

Verf. prüfte die Sputa, das pneumonische Exsudat zu Lebzeiten und nach dem Tode und das Blut auf die Gegenwart des eben beschriebenen Pilzes. Es erwies sich der Auswurf für die mikroskopische Untersuchung ganz unbrauchbar, da der Cocc. lanc. bei der Unmenge der verschiedensten anderen Organismen nicht mehr mit Sicherheit zu unterscheiden war. Kulturversuche lieferten hier eine rapide Entwicklung von Bakterien und Vibrionen, deren subkutane oder intrapulmonäre Inokulation (bei Kaninchen) ohne Effekt blieb. Nur ein Theil starb, allein mit gesunden Lungen und kokkenfreiem Blut.

In allen Fällen, wo die Pneumonie bis zur grauen Hepatisation gediehen war, hat T. den Cocc. lanc. stets im Exsudat gefunden, in der Leiche inmitten runder Kokken und Stäbchen, welche eine Reinkultur durchaus verhinderten. Anders, wenn das Exsudat bei Lebzeiten mit der Pravaz'schen Spritze entnommen wurde. In acht Fällen war hier der Pneumoniecoccus sofort nachweisbar; allein nur in einem Falle gelang eine Reinkultur, in den anderen wurde der Cocc. lanc. durch die Entwicklung zahlreicher Bakterien und Vibrionen erstickt. In 2 Fällen, in denen die Pneumonie mit Pleuritis, Perikarditis und Endokarditis komplicirt war, fand T. einen von dem beschriebenen verschiedenen Coccus, von dem er es dahingestellt sein lässt, ob er nur eine Entwicklungsform des Cocc. lanc. oder eine besondere Art repräsentirt, nämlich sehr lange aus 10—20 rundlichen Kokken hergestellte Rosenkränze. Reinkulturen ergaben dieselbe Form wieder. Bei der Sektion wurde dieser Pilz in den fibrinös entzündeten serösen Häuten und im Blute gefunden. Injektionen von

Reinkulturen in die Lunge von Kaninchen riefen fibrinöse Pleuropneumonien und Perikarditis hervor.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes lieferte in den 25 Fällen nur zweimal positive Resultate. Hier fanden sich die Cocc. lanc. in großen, isolirten oder Doppelexemplaren und erzeugten Reinkulturen. In allen anderen Fällen fehlten sie und fielen die Kulturen negativ aus.

Die Inokulationsversuche wurden an 20 Kaninchen, 2 Meerschweinchen und 4 Hunden angestellt. Meerschweinchen und Hunde reagirten auf Injektionen durch die Pleura mit keinem Zeichen von Lungenentzündung irgend welcher Art, die Hunde auch nicht auf eine Menge von 3 Spritzen der Kulturflüssigkeit. Eben so erwiesen sich subkutane Injektionen bei Kaninchen resultatlos. Hingegen tödteten intrapulmonäre Injektionen von 20 Kaninchen 16 unter hohem Fieber; in 8 von diesen 16 Fällen fand sich bei der Sektion eine richtige fibrinöse Pneumonie, wie beim Menschen vor, die anderen 8 Thiere waren ohne Pneumonie zu Grunde gegangen, doch wies in fast allen Fällen das Blut den Cocc. lanc. auf.

Aus diesen Resultaten schließt Verf., dass die krupöse Pneumonie keine allgemeine Krankheit mit pulmonärer Lokalisation, sondern, wie die Diphtherie, eine lokale, ursprünglich in den Lungen sitzende, aber mit Generalisationsfähigkeit begabte Affektion ist.

Fürbringer (Jena).

---

10. R. v. Jaksch. Eine Bemerkung über die Acetonurie.

(Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XXXIV. Hft. 4.)

v. J. wendet sich gegen eine Kritik Penzoldt's (Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV Hft. 2) seiner Untersuchungen über Acetonurie, nach welcher der Nachweis des Acetons vermittels der Lieben'schen Jodoformreaktion nicht exakt genug sei, da eine größere Anzahl von Substanzen diese Reaktion bewirken, von denen der Äthylalkohol und die Milchsäure schon im Harn nachgewiesen sind. v. J. betont, dass von dem Gesammtdestillat von 300 Litern Fieberharn über $^3/_4$ Theile der jodoformgebenden Substanz als Aceton, von dem Rest ein kleiner Theil als Alkohol anzusehen sei und im Übrigen könnten die zwischen 56 und 76° siedenden Substanzen der übrigen jodoformgebenden aufgesucht werden. Der Widerspruch zwischen Penzoldt's und v. J.'s Resultaten könnte vielleicht dadurch gelöst werden, dass das Aceton durch die Indigoprobe (Penzoldt) nicht mit derselben Schärfe angezeigt wird, wie durch die Jodoformreaktion (v. J.), oder dass die Indigoprobe etwa durch Nebenumstände beeinträchtigt wird. In einigen Bemerkungen zu diesen Ausführungen v. J.'s hält Penzoldt an seiner Anschauung fest, dass eine Reaktion, die sich auf mehrere Körper beziehen könne, nicht als exakt bezeichnet werden könne, mit diesem Ausspruch seien jedoch

keineswegs die großen Verdienste v. J.'s um die Lehre von der Acetonurie geschmälert. **Seifert** (Würzburg).

---

11. Debatte in der medicinischen Gesellschaft von London über die Behandlung des Typhus mit kalten Bädern.

(Brit. med. journ. 1884. Februar.)

Dr. Sidney Coupland gab einleitend eine Übersicht über die Ziele der antipyretischen Methode und besprach dann die Resultate der Typhusbehandlung im Middlesex Hospital, wo seit 1879 die Kaltwasserbehandlung geübt wird.

	1873—1878 (278 Fälle)	1879—1883 (365 Fälle)
Es starben an den Folgen hoher Temperatur	8,7%	3%
» » » der Intestinalerkrankung	5%	9%
» » » interkurrenten Krankheiten } » » » Nachkrankheiten }	2,5%	1,4%

Die Zunahme der Todesfälle durch Perforationen und Blutungen während der Badeperiode schrieb Coupland nicht der Behandlung sondern der Eigenart einer gerade damals herrschenden Epidemie zu. Er ist überhaupt durchaus Anhänger der Kaltwasserbehandlung und der Ansicht, dass die Verdammung derselben in der französischen Akademie voriges Jahr auf vollkommen unzureichende Gründe basirt war.

Dr. J. S. Bristowe war nie recht von der Kaltwasserbehandlung befriedigt, in St. Thomas's und in anderen Londoner Hospitälern hat man sie wieder aufgegeben, was nicht geschehen wäre, wenn die Resultate wirklich befriedigend wären.

Dr. F. Taylor berichtete über die Resultate an Guys Hospital, wo außer Bädern, Abwaschungen, Einpackungen auch noch Leiter'sche Kühlröhren verwandt werden. Da dort gerade nur die schwersten Fälle der genannten Behandlung unterworfen wurden, so sind statistische Angaben kaum zu verwerthen. Ein deutlicher Nachtheil der Behandlung wurde nicht konstatirt, aber auch kein wesentlicher Vortheil, wie es nach dem allgemeinen Eindruck, den die behandelnden Ärzte empfangen haben, scheint.

Dr. Samuel West hat die Statistik von St. Bartholomews Hospital zu seinen Studien benutzt. Zwischen 1860 und 1883 schwankte die Sterblichkeit hin und her etwa zwischen 12 und 21%. Interessant ist, dass an den vier inneren Abtheilungen während der letzten 3 Jahre vier verschiedene Sterblichkeitsquoten sich ausrechnen lassen, nämlich 12,9, 15,6, 16,36 und 24,7%. Nach seiner Ansicht lässt sich die Frage überhaupt nicht durch die Statistik lösen. Die durchgehende Kaltwasserbehandlung beruht auf einer zu einseitigen Auffassung vom Wesen des Fiebers. Sie ist die werthvollste Behandlungsmethode der Hyperpyrexie; für den einzelnen Typhusfall aber wird der Erfolg einer Behandlung hauptsächlich abhängen von dem Geschick des Arztes, die gerade für das Bad geeigneten

Fälle auszusuchen. Jedenfalls muss Redner sich entschieden gegen den Gebrauch kalter Bäder in allen Fällen (indiscriminate use) aussprechen.

Vom London Hospital sprach Dr. Gilbert Smith. Er theilte nur kurz die dort erhobene Statistik mit, aus der nicht viel zu entnehmen ist.

Dr. A. T. Myers von St. Georges Hospital: Dort ist keine Kaltwasserbehandlung eingeführt, auch giebt man keine starken Antipyretika, sondern schlägt unter Benutzung reichlicher Alkoholgaben ein exspektatives Verfahren ein. Die mittlere Sterblichkeit (1877 bis 1883) beträgt 24%. Der Ausdruck »enteric fever« wird übrigens in dieser Statistik so strikte angewandt, dass Redner der Ansicht ist, dass leichte Fälle gar nicht als solches gerechnet wurden, wodurch natürlich die Procentzahl der tödlichen steigen musste. Vielleicht wird dieses Steigen auch dadurch bedingt, dass, wie Dr. Isambart Owen bemerkte, gerade in diesem Spital besonders viele Gewohnheitstrinker, schlechte Typhuspatienten wie er sagt, Aufnahme finden.

Dr. Mahomed und Dr. Broadbent sprachen sich sehr energisch für die Kaltwasserbehandlung aus, eben so Dr. A. E. Sansom.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

12. **Parker.** Über Perforation und Brand des Darmes und über die respektiven Beziehungen beider zum Collaps des Kranken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 8.)

P. erörtert die Frage, wesshalb Collaps des Kranken nicht auf jede Darmperforation folgt, sondern manchmal ausbleibt. Der Collaps wird immer nur auf diejenigen Perforationen folgen, in welchen der Inhalt des Darmes in einem bedeutenden Maße in die Bauchhöhle eintritt, derselbe fehlt dann, wenn die Perforation einen solchen Verlauf nimmt, dass die Contenta einen anderen Ausweg als den über die Peritonealhöhle finden können. Es ist daher nicht die Darmperforation an und für sich, welche zu befürchten ist, als vielmehr eine massige Einwanderung von Fäulniserregern in den Kreislauf vom Peritoneum aus. Bei Brand des Darmes wird fast immer Collaps eintreten, da die hierbei in Fäulnis gerathenen Substanzen, auch wenn der Brand langsam stattfindet, doch von dem Peritoneum in großer Menge absorbirt werden.

Seifert (Würzburg).

---

13. **Monti.** Über Krup und Diphtheritis im Kindesalter.

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1884. Zweite verm. u. verb. Aufl. 384 S.

Der Autor hat seine Aufgabe, ein orientirendes, den gegenwärtig über Krup und Diphtherie herrschenden Anschauungen entsprechendes Bild von diesen beiden Erkrankungen zu entwerfen, unter Zugrundelegung sorgfältiger, an der Hand eines ausgedehnten Krankenmaterials

gesammelter, Beobachtungen in anerkennenswerther Weise gelöst und es kann das vorliegende Buch Jedem sich für die klinische oder allgemein pathologische Seite der in Rede stehenden Erkrankungen Interessirenden angelegentlichst zur Lektüre empfohlen werden. Der Verf. hat namentlich dem klinisch-praktischen Gebiet der genannten Affektionen besondere Sorgfalt gewidmet und geht sehr ausführlich auf die Diagnose und Differentialdiagnose der betreffenden Leiden ein; die letztere ist nach Ansicht des Ref. in vielen Punkten etwas schablonenhaft gehalten, wovon der in der Beurtheilung dieser Erkrankungen weniger Geübte, für den ja eine solch genaue Berücksichtigung der differentiell-diagnostischen Verhältnisse offenbar bestimmt ist, wenig Nutzen haben dürfte. Sehr empfehlenswerth sind die auf die großen Erfahrungen des Verf.s hinweisenden, sich mit der Therapie der Leiden beschäftigenden praktischen Rathschläge, von denen jeder, der Gelegenheit haben wird viele derartige Krankheitsfälle zu sehen, gewiss gern und zum Vortheil seiner Pat. Gebrauch machen wird. Auch nach der theoretischen Seite hin hat es der Verf. verstanden, den richtigen Weg inne zu halten und so wird namentlich bei Besprechung der Diphtherie der Leser mit der Litteratur des Gegenstandes bis in die neueste Zeit hinein bekannt gemacht. Das Kapitel der Diphtherie nimmt den bei Weitem größten Raum des ganzen Buches (p. 131—365) ein, dabei wird in gesonderten Abschnitten die Angina diphtheritica, die Diphtherie der Nase, die Laryngitis diphtheritica abgehandelt, worauf Auseinandersetzungen über die Diphtherie der Haut und Geschlechtsorgane durch M. und in einem Anhang über die Diphtherie der Conjunctiva durch Hock folgen. Von der Laryngitis diphtheritica unterscheidet Verf. und bespricht in einem eigenen Kapitel die Laryngitis, Fibrinosa seu crouposa, ein Standpunkt, bezüglich dessen sich Ref. mit dem Verf. eben so wenig einverstanden erklärt, wie damit, dass M. bei der Angina diphtheritica Unterschiede macht zwischen einer Angina diphtheritica partialis, totalis und septica; mit einer derartigen Schablonisirung wird den thatsächlichen Verhältnissen in unberechtigter Weise Gewalt angethan. Sehr sympathisch haben den Ref. die Auslassungen des Autors über die lokale Behandlung der Nasen- und Rachendiphtherie, so wie der auf die Tracheotomie bezügliche Passus berührt und es soll daher nicht unterlassen werden, gerade auf diesen praktisch wichtigen Abschnitt die Aufmerksamkeit des Lesers ganz besonders hinzulenken. Die Besprechung des Pseudokrup erschöpft den Gegenstand völlig und bildet das erste Kapitel der vorliegenden Broschüre, an deren Schluss sich eine Zusammenstellung der vom Verf. bei der Behandlung des Pseudokrup, Krup und der Diphtherie lokal und intern verwendeten Medikamente vorfindet. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

14. **Giraudeau.** Contribution à l'étude du cancer latent du corps thyroide.

(Revue de méd. 1884. No. 1.)

G. spricht von latentem Schilddrüsenkrebs dann, wenn, abweichend von dem sonstigen Verhalten dieser Neubildung, lokale, auf das Grundleiden hinweisende, Beschwerden in Folge Intaktbleibens von Trachea, Ösophagus und benachbarter Lymphdrüsen, welche bei primärem Schilddrüsenkrebs meist rasch ergiffen zu werden pflegen, fehlen und nur eine allmählich zunehmende Abmagerung und das Auftreten von Krebsknoten in entfernteren Organen den Verdacht auf das Bestehen eines, klinisch nicht nachweisbaren, primären Krebses lenkt, wie das ja auch für andere Organe, speciell den Magen zutrifft. Über einen solchen Fall berichtet G. nun ausführlich; ein 61er, seit 4 Monaten abgemagerter Mann wurde im April 1883 mit den Erscheinungen eines rechtsseitigen, durch Punktion als hämorrhagisch erkrankten, pleuritischen Ergusses aufgenommen und erlag unter stetig zunehmendem Kräfteverfall. Bei der Sektion wurde Carcinose der rechten Pleura, Krebsmetastasen in die Leber und beide Nieren konstatirt, das primäre Carcinom betraf die Schilddrüse.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

15. **Stepanow.** Über Laryngitis haemorrhagica.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1884. No. 1.)

An der Hand der einschlägigen Litteratur (cf. Original) und zweier eigener Fälle weist Verf. nach, dass die bisher fast nur bei Frauen beobachtete Laryng. hämorrh. sich im Anfang klinisch von den Erscheinungen einer gewöhnlichen Laryngitis nicht unterscheidet, späterhin von theils durch Hustenstöße hervorgerufenem, theis spontan auftretendem Blutspeien begleitet ist. Im Allgemeinen dauert das Leiden, bei welchem die eigentlichen katarrhalischen Erscheinungen keineswegs regelmäßig in direktem Verhältnis zum Auftreten der laryngoskopisch nachweisbaren und immer die wahren Stimmbänder einnehmenden Hämorrhagien stehen, viel länger als die einfache Laryngitis. S. hält nach alledem die Laryng. hämorrh., über deren pathologische Anatomie bisher nichts bekannt ist, für eine selbständige und eigenartige Varietät der Laryngitis.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

16. **L. Hirt.** Über das Auftreten von Transferterscheinungen während der Behandlung der partiellen Epilepsie.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 1.)

In 5 Fällen von corticaler (Jackson'scher) Hemiepilepsie wandte H. das von Brown-Séquard empfohlene Verfahren an, durch Hautreizung (mittels des Paquelin'schen Thermokauters) ein längeres Sistiren der Anfälle zu erzielen, substituirte aber an Stelle der points

de feu Kantharidenpflaster ringförmig um dasjenige Glied, von welchem die Aura ausging. In 4 von diesen 5 Fällen zeigte sich nun, nach Anbringung des mehrere Stunden währenden lokalen Hautreizes, zuerst ein längeres Ausbleiben der Anfälle — sodann aber ein Überspringen derselben auf die andere Körperhälfte (»Transfert«). In einem dieser Fälle wurden später ringförmige spanische Fliegen um beide (untere) Extremitäten gleichzeitig gelegt, worauf keine Anfälle mehr erschienen. H. meint, dass die mit Tansferterscheinungen einhergehenden Fälle eine relativ günstige Prognose gestatten; als therapeutischer Versuch sei der Hautreiz in obiger Form nur da indicirt, wo ausnahmslos eine deutliche Aura immer in demselben Körpergliede, als Zittern, Formikation, Kitzel u. dgl. vorhanden. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

17. **Fischer.** Über die sog. photographische Gleichheit aller Irreseinsanfälle bei demselben Epileptiker.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 4.)

Einleitend bespricht Verf. das psychisch-epileptische Äquivalent, dem gegenüber er sich auf den vorsichtig negirenden Standpunkt Samt's und Witkowski's stellt. Wichtig für die Diagnose der epileptischen Irreseinszustände ist ein Symptom, das besonders von französischen Autoren (Falret, Legrand du Saulle) hervorgehoben wurde — die photographische Gleichheit der bei demselben Epileptiker auftretenden Irreseinsanfälle. Diese Gleichheit ist wohl zu trennen von der bei allen recidivirenden Psychosen sich bemerklich machenden Ähnlichkeit der Handlungen und Vorstellungen, auch findet sie sich keineswegs in allen Fällen epileptischen Irreseins. Um so wichtiger erscheint die Mittheilung des vorliegenden Falles, dessen interessante Details sich im Referat nicht wiedergeben lassen.

Der Fall betrifft ein Mädchen, welches in seinem 22. Lebensjahre ohne bekannte Ursache an schwerer Epilepsie erkrankte. Die Krankheit ist charakteristisch durch heftige Krampfanfälle mit vollständiger Bewusstlosigkeit; daran anschließend gleich in der ersten Entwicklung der Krankheit psychische Anfälle in Form tobsüchtiger Aufregung, Stuporzustände, dann noch im ersten Jahre Beginn eines konstanten, hallucinatorischen Angstzustandes, der bei dem baldigen Eintritt der Demenz mehr oder weniger intensiv hervortritt. Die erwähnten postepileptischen Anfälle verlaufen in auffallend typischer und gleichmäßiger Weise. Die Dauer des Irreseins, dessen Übergang von dem Krampfanfall stets durch einen mehrstündigen Schlaf vermittelt wird, beträgt höchstens 3—4 Tage; die Symptome sind stets die gleichen: es ist ein akuter, deliriumartiger, hallucinatorischer Aufregungszustand mit tiefer Bewusstseinsstörung und ekstatisch-visionärem Charakter. Analog zu diesen Erscheinungen sind die Fälle von Epilepsie, bei denen jeder Anfall durch eine psychische Aura eingeleitet wird, welche jedes Mal in derselben Vorstellung besteht. **M. Cohn** (Hamburg).

---

18. **Eulenburg.** Über das Verhalten erkrankter (degenerirter) Nerven und Muskeln gegen magnet-elektrische Ströme.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 3.)

Die Erregbarkeit erkrankter und in ihrer Reaktion veränderter Nerven und Muskeln für magnet-elektrische Ströme verhält sich im Allgemeinen der faradischen (volta-elektrischen) Nerven- und Muskelreizbarkeit proportional. Das gilt sowohl für quantitative Veränderungen wie für Entartungsreaktion. Jedoch scheinen in Fällen letzterer Art einzelne Ausnahmen von diesem Verhalten vorzukommen. Einen solchen Ausnahmefall beobachtete E. bei einer 38jährigen Frau mit schwerer (rheumatischer) Facialparalyse, in welchem völlige Aufhebung der faradischen und galvanischen Nervenreizbarkeit, der faradischen Muskelreizbarkeit, und ausgebildete Entartungsreaktion bestanden. Nach ca. 8 Monaten zeigten sich in Stamm und Zweigen des Facialis Spuren wiederkehrender faradischer und galvanischer Reaktion, die Muskeln dagegen waren für faradische Reize noch absolut unerregbar. Bei Prüfung mittels magnet-elektrischer Ströme zeigten auch die Gesichtsmuskeln, direkt unipolar gereizt, deutliche Reaktion — wenn auch einerseits bedeutend schwächer als an symmetrischen Stellen der gesunden Seite, andererseits von enger begrenztem und zugleich trägerem kontrakturartigem Verlaufe. Zur Auslösung der (magnet-elektrischen) Zuckungsminima waren auf der gesunden Seite am Stamm des Facialis 5—6, an den Zweigen 4, an den Muskeln 6—7 Achsendrehungen in der Sekunde erforderlich; auf der gelähmten Seite am Stamm 40, an den Zweigen 16—17, an den Muskeln 20—30. Erst 10 Tage später zeigte sich auch ein Wiederbeginn der faradomuskulären Kontraktilität. Es kann demnach die Erregbarkeit degenerirter Muskeln für magnet-elektrische Ströme früher wiederkehren (vielleicht auch später erlöschen?) als für volta-elektrische; wofür wahrscheinlich besonders die längere Dauer der einzelnen Stromstöße bei den magnet-elektrischen Strömen den Erklärungsgrund liefert. Bemerkenswerth ist dabei der träge Charakter der Zuckung, ähnlich wie es in den Fällen von partieller Entartungsreaktion mit indirekter Zuckungsträgheit (Erb) beobachtet wurde.

A. Eulenburg (Berlin).

---

19. **E. Atkinson.** On the constancy of outbreaks of malarial fever upon disturbance of the sites of old cities.

(Med. times and gaz. 1884. Jan. 19.)

A. stellte eine Reihe von Beispielen zusammen (die z. Th. schon durch andere Autoren bekannt sind), aus welchen hervorgeht, dass an frisch aufgegrabenen Stellen in Städten, die früher, selbst vor vielen Jahrhunderten, bewohnt waren, Malariafieber oft von großer Intensität auftraten (Rom, Athen, Konstantinopel etc.); er selbst hat dies in mehreren Städten des Orients mit erlebt (Ephesus, Smyrna, Jerusalem). Auch Schliemann hat bei seinen Aus-

grabungen in der Troas Ähnliches beobachtet. (Am besten in seinen Einzelheiten bekannt dürfte dies von Rom sein durch die schönen Untersuchungen von Tommasi-Crudeli. Ref.) Bemerkenswerth ist dabei die Thatsache, dass die geologischen und physikalischen Eigenschaften des betreffenden Bodens von gar keinem Einfluss zu sein scheinen — hoch und tief gelegene, trockene und feuchte Orte, die klimatischen Verhältnisse, etwaige Nähe des Meeres, die Vegetation etc. bedingen keine Unterschiede. (Wie also Tommasi-Crudeli besonders hervorgehoben hat, muss die exklusive »Sumpftheorie« der Malariafieber danach aufgegeben werden. Ref.) Bekannt ist es, dass bei den Ausgrabungen in Pompeji keine Malaria-Erkrankungen in größerem Umfange vorkamen — nach Verf. desshalb, weil die besondere Art des Unterganges dieser Stadt alles organische Leben plötzlich und definitiv vernichtete. **Küssner** (Halle a/S.).

---

20. **Würzburg.** Über den Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht etc.

(Mitth. aus dem kaiserl. Gesundheits-Amte, hrsg. v. Dr. Struck. Bd. II. p. 89 ff.) Berlin, **A. Hirschwald**, 1884.

Die Arbeit tritt der herrschenden Annahme entgegen, dass die größte Schwindsuchtssterblichkeit den Entwicklungs- und Blüthejahren angehört. Die Erhebungen in Preußen, welche in dem amtlichen vom statistischen Bureau publicirten Material niedergelegt sind, ergeben, dass im Durchschnitt der fünf Jahre 1875—1879 von je 10 000 in jeder Altersklasse Lebenden an Tuberkulose gestorben sind:

unter 1 Jahr	23,45	5—10 Jahre	4,66	25—30 Jahre	36,73	60—70 Jahre	93,18
1—2 Jahre	20,41	10—15 »	5,86	30—40 »	41,12	70—80 »	61,72
2—3 »	12,51	15—20 »	18,37	40—50 »	48,42	über 80 »	25,80
3—5 »	6,83	20—25 »	30,24	50—60 »	67,94		

Hieraus folgt, dass nach einer größeren Sterblichkeit der ersten Kindheit das Minimum auf das 5.—10. Jahr fällt, während von da ab bis zum 60.—70. Jahre eine ununterbrochene Zunahme Statt hat. Diese Thatsache gilt nicht allein für den Staat im Ganzen, sondern auch für die Gesammtheit der Stadt- und der Landgemeinden, ja sie lässt sich sogar mit erstaunlicher Regelmäßigkeit in allen einzelnen Regierungsbezirken konstatiren. Ganz analog liegen die Verhältnisse in Schweden und in den Vereinigten Staaten, nur geht hier die Steigerung der Schwindsuchtssterblichkeit noch über das 70. Lebensjahr hinaus, so dass eine Periode der Wiederabnahme vollkommen fehlt. Um so bemerkenswerther sind die Beobachtungen, welche aus dem Studium dieser Frage bezüglich Englands resultiren. Daselbst nämlich erliegt die Mehrzahl der Bewohner in den zwanziger und dreißiger Jahren der Krankheit, während das Greisenalter geradezu die geringste Sterblichkeit darbietet.

Den Einfluss des Geschlechts anlangend werden in Preußen und Schweden die Männer um ein Erhebliches, in England und in den

Vereinigten Staaten die Frauen um ein Geringes häufiger betroffen. In den Ländern, in welchen die Sterblichkeit des männlichen Geschlechts überwiegt, wächst die Höhe derselben im Allgemeinen mit zunehmendem Alter, in den anderen Ländern dagegen kommt das Plus der Frauensterblichkeit hauptsächlich auf Rechnung der Entwicklungsperiode und der nächstfolgenden Zeit; es zieht sich bis zum 40.—50. Jahre hin, von wo an auch hier die Männer stärker gefährdet erscheinen.

Die Tabellen des preußischen Staates führen zu dem Schlusse, dass in den Stadtgemeinden die Sterblichkeit mit 36,88 pro 10000 Lebende im fünfjährigen Durchschnitt nicht unerheblich höher ausfällt, als auf dem Lande mit 29,43; in den einzelnen Altersperioden aber macht sich dieses Übergewicht nur bis zum 50. Jahre geltend, in den höheren Jahren wird das Verhältnis zu Ungunsten der Landgemeinden ein umgekehrtes. Aus den Betrachtungen über die Schwindsuchtssterblichkeit in den einzelnen Regierungsbezirken sei hervorgehoben, dass die östlichen im Allgemeinen weniger hart betroffen werden, als die westlichen, so wie dass die Höhe der Schwindsuchtssterblichkeit in ausgesprochenem Maße der Bevölkerungsdichtigkeit proportional ist.

Würzburg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

21. **P. Fabre.** Un cas de gangrène symmétrique des extrémités. (Gaz. méd. de Paris 1883. No. 48.)

Etwas dunkler Fall, ein sonst ganz gesundes 17jähriges Mädchen betreffend das in einem Tabaksgeschäft arbeitete. Ohne nachweisbare Veranlassung traten an den Fingern, der Nase, den Ohrläppchen etc. dunkelblauroth gefärbte Stellen auf, die lebhaft schmerzten oder juckten; Pat. fieberte zeitweise, hatte einige Tage lang eine vergrößerte Milz und zuckerhaltigen Harn, aber alle diese Erscheinungen gingen (unter größeren Dosen Chinin und lokalen aromatischen Waschungen) wieder zurück, die Haut wurde an den meisten afficirten Stellen wieder ganz normal. Der Gehalt des Blutes an rothen Blutkörperchen war bedeutend herabgesetzt. Einige Fingerspitzen, ein Ohrläppchen wurden gangränös und stießen sich spontan ab, womit die Sache (allerdings erst nach ca. 3 Monaten) beendigt war; der Zuckergehalt des Urins verschwand wieder, und auch keine anderen krankhaften Erscheinungen traten hervor.

Küssner (Halle a/S.).

22. **H. Wheatley Hart.** Autopsy on a case of prolonged vomiting. (Lancet 1883. II. p. 456.)

Bei einer 56jährigen Frau, die während der letzten 20 Lebensjahre sehr häufig an schwerem Erbrechen gelitten hatte, für das kein Grund gefunden werden konnte, enthüllte die Autopsie außer zahlreichen Pleural- und Perikardialverwachsungen eine totale Verziehung des Ösophagus nach rechts, die über dem Zwerchfell zu einer fast völligen Abknickung und einer solchen Erweiterung und Krümmung geführt hatte, dass es aussah als liege über dem Zwerchfell ein zweiter Magen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 14. Sonnabend, den 5. April. 1884.

1. **Carlo Bareggi** (Mailand). Sulla inezione ipodermica di sangue.

(Archivio per le scienze mediche Vol. VII. Fasc. 1. No. 4.)

P. giebt in Kurzem die Resultate seiner an Thieren und an aus verschiedenen Ursachen chronisch anämisch gewordenen Menschen vorgenommenen Versuche mit der hypodermatischen Injektion von Blut. Die Injektionen wurden zuerst mit der Pravaz'schen Spritze, später mittels eines eigenen, im Original genauer beschriebenen mit konstantem Drucke arbeitenden Apparates vorgenommen; es erwies sich als zweckmäßig, homogenes defibrinirtes Blut anzuwenden. Das zu injicirende Blut wurde bei Hunden und Pferden durch Aderlass aus der Jugularis gewonnen; beim Menschen, wenn nur geringere Quantitäten erforderlich waren (bis zu 100 g) durch blutige Schröpfköpfe, bei größeren Quantitäten (bis über 200 g) durch Aderlass; beim Menschen wurde darauf gesehen, das Blut von gesunden, jungen und gleiches Geschlecht mit dem zu In-

jicirenden habenden Individuen zu gewinnen. Die Operation wurde stets unter skrupulöser Asepsis vorgenommen.

Verf. kommt zu folgenden Resultaten:

1) Hypodermatische Injektionen von Blut, sowohl heterogenem nicht defibrinirtem, als auch defibrinirtem oder nicht defibrinirtem homogenem von 1 g pro dosi sind absolut unschädlich.

2) Beim Menschen sind die hypodermatischen Blutinjektionen regelmäßig gefolgt von leichten Fieberbewegungen von gewöhnlich paarstündiger bis höchstens zweitägiger Dauer.

3) Die rothen Blutkörperchen des homogenen Blutes, sowohl des defibrinirten, wie des nicht defibrinirten, werden bei subkutaner Injektion wenigstens zum Theil unverändert resorbirt und mischen sich, indem sie Lymphgefäße und Drüsen passiren, mit dem cirkulirenden Blute. So konnten in einem Lymphgefäße schon 20 Minuten nach der Injektion rothe Blutkörperchen nachgewiesen werden; im Canalis thoracicus wurden sie drei Tage nach der Injektion gefunden. Die größte Zahl derselben trifft man etwa 12 Stunden nach der Injektion an. Der Übergang rother Blutkörperchen, allerdings in etwas verändertem Zustande, fand, wie sich aus einem Versuche ergab, noch 14 Tage nach der Injektion statt.

Die Resorption erfolgt langsamer bei reichlichem subkutanem Fettgewebe und bei langsamer Blutcirkulation, schneller unter den entgegengesetzten Verhältnissen. In loco injectionis verbleiben die rothen Blutkörperchen Tage lang unverändert (Ehrlich).

4) Die hypodermatischen Blutinjektionen sind im Stande, die durch unzureichende Ernährung oder beständige Blutverluste erzeugte Dekomposition des Blutes aufzuhalten, können aber auch, abgesehen von solchen Verhältnissen, den Blutkörperreichthum des cirkulirenden Blutes steigern.

5) Sie stehen in dieser Beziehung den Eisenpräparaten und Tonicis mindestens gleich; ihr Effekt tritt sehr schnell ein und überdauert lange Zeit das Aussetzen der Kur.

6) Um Erfolge zu erzielen muss man die Injektionen einige Male in Zwischenräumen von 5—15 Tagen wiederholen und jedes Mal beträchtliche Quantitäten in Anwendung ziehen (Verf. injicirte Dosen von 100—300 g; er erreichte in 2 klinischen Fällen damit innerhalb 22 resp. 29 Tagen bei je 4 Injektionen etwa eine Verdoppelung des Hämoglobingehaltes des Blutes).

7) Die hypodermatischen Blutinjektionen stehen in ihrer Wirksamkeit der intraperitonealen Transfusion zum mindesten gleich, sind ihr wegen absoluter Gefahrlosigkeit für den Pat. und leichter Anwendbarkeit vorzuziehen. Ihre Hauptindikation werden sie in solchen Fällen von Anämie finden, wo der Zustand des Verdauungskanales die Aufnahme tonisirender Nahrungs- und Heilmittel erschwert oder unmöglich macht.

Freudenberg (Berlin).

2. **James Paget.** Beijerinck's researches on the gum-disease in plants.

(Med. times and gaz. 1884. Febr. 16.)

Das bekannte Ausfließen gummiähnlicher Massen aus den Stämmen der Steinobstsorten ist nach Beijerinck's Untersuchungen nicht ein »normales« Sekretionsphänomen, sondern eine durch Pilze (und zwar durch einen Ascomyceten, der von Oudemans »Coryneum Beijerinckii« benannt ist) hervorgerufene pathologische Erscheinung. B. hat. konstatirt, dass überall, wo die dem Gummi arabicum ähnlichen Massen an Stämmen sich finden, eine Ansiedelung der erwähnten Pilze in der Rinde und im Cambium stattgefunden hat, unter deren Einfluss die Zellen eine eigenthümliche, gummiartige Metamorphose erfahren; oft wird gleichzeitig auch ein röthlicher Farbstoff dabei ausgeschieden. Musste schon die Konstanz der genannten Pilze den Verdacht erregen, dass dieselben keine bloß zufälligen Begleiter der eigenthümlichen Erscheinung sind, so wurde dieser Verdacht durch folgende einfache Experimente zur Gewissheit erhoben. Legt man an gesunden Stämmen Verletzungen der Rinde an und bringt in dieselben Pilzmaterial, so entwickelt sich in kürzester Zeit Gummiausfluss; schützt man sie aber vor dem Eindringen der Pilze und sorgt z. B. auch dafür, dass diese nicht durch Regen hineingespült werden können, so erfolgt einfache Vernarbung.

Die mitgetheilten Beobachtungen sind gewiss auch für Mediciner gerade in jetziger Zeit besonders interessant. Ref. glaubt sich zu entsinnen, dass vor einigen Jahren in Sicilien und Calabrien »epidemisch« auftretende ähnliche Erkrankungen der Orangenbäume beobachtet worden sind, die auch mykotischer Natur gewesen sein sollen.

Küssner (Halle a/S.).

---

3. **Ed. Perroncito** (Turin). Sulla trasmissione del carbonchio, col mezzo delle vie digerenti. (Über Übertragung des Milzbrandes durch den Verdauungskanal.)

(Archivio per le scienze mediche Vol. VII. Fasc. 3. No. 21.)

Experimente, die Verf. an Rindern, Schafen, Kaninchen, weißen Mäusen anstellte, um durch Fütterung mit dem Fleisch, den Organen, dem Blute an Milzbrand verendeter Thiere resp. mit Kulturflüssigkeiten Milzbrand zu erzeugen, hatten stets ein negatives Resultat. Es stellte sich bei Gelegenheit dieser Versuche aber heraus, dass speciell die weißen Mäuse kein sehr geeignetes Versuchsobjekt für diesen Zweck darstellen, da sie der Milzbrandinfektion gegenüber keineswegs besonders empfänglich sind, sondern im Gegentheil sich relativ refraktär verhalten. Schließlich gelang es P., bei 7 von 11 Meerschweinchen durch konsequente Fütterung nach verschieden langer Zeit die Krankheit zu erzeugen; als Eingangspforte des Giftes erwies sich der Dünndarm.

P. glaubt aus seinen Versuchen schließen zu dürfen,

1) dass die Infektion durch den Verdauungskanal leichter erfolgt vermittels der Milzbrandsporen (6 Meerschweinchen), als durch die Milzbrandbacillen (1);

2) dass sie nur dann erfolgen kann, wenn die Infektionsträger unbeschädigt den Magen passiren und im Darm auf, sei es durch Darmparasiten oder durch Desquamation anregende grobe Nahrungsmittel, des Epithels beraubte Stellen stoßen. (Versuche ergaben, dass Pepsinlösungen innerhalb höchstens 25 Minuten, 0,2%ige Salzsäurelösungen innerhalb weniger als $1^1/_2$ Stunde die Bacillen unschädlich machen);

3) dass spontaner Milzbrand am häufigsten auf dem Wege des Verdauungskanales und durch die Infektion mit Milzbrandsporen entsteht;

4) dass auch in großer Zahl eingeführte Milzbrandsporen auf epithellose Stellen treffen müssen, um die Krankheit zu erzeugen.

Freudenberg (Berlin).

---

4. **Tappeiner.** Über die giftigen Eigenschaften des Acetons.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 4.)

T. ergänzt unter obigem Titel die Versuche, welche er schon früher (1879) an Thieren angestellt, wobei die Vergiftungserscheinungen durch Aufzeichnung des Blutdrucks, der Pulsfrequenz und der Respiration beobachtet waren. Zu den Versuchen wurden Hunde und Kaninchen benutzt, das Aceton durch Inhalation den tracheotomirten Thieren vermittels Müller'scher Ventile beigebracht.

An den Vergiftungserscheinungen kann man 2 Stadien der Einwirkung unterscheiden: ein erstes der Erregung, das durch Erhöhung des Blutdrucks, der Puls- und Respirationsfrequenz charakterisirt ist, ein zweites der Depression, in welchem völlige Anästhesie und Erschlaffung der Muskeln eintritt; gleichzeitig hört die Reflexthätigkeit auf, es sinken Blutdruck, Puls- und Respirationsfrequenz, so wie die Körpertemperatur kontinuirlich bis zum Tode, der durch Lähmung der Respiration eintritt.

Die Wirkung des Acetons auf das Kaninchen ist im Anfang etwas verschieden von der Wirkung beim Hunde, da hier keine Steigerung des Blutdrucks, sondern gleich Sinken desselben eintritt.

Seifert (Würzburg).

---

5. **Debove.** Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose parasitaire. (Recueillies par Faisans.)

Publications du Progrès médical Paris 1884.

D. behandelt in seinen Vorträgen die Tuberkulose als Infektionskrankheit, indem er sich vollständig auf den »bacillären« Standpunkt stellt und diesen sogar nach des Ref. Erachten etwas zu

weitgehend vertritt. Es ist gerade darin so viel Hypothetisches enthalten, dass wir von einer specielleren Inhaltsangabe abstrahiren, zumal da die Thatsachen wohl allgemein bekannt sein dürften, und wir heben darum nur Einzelnes hervor.

Als den eigentlichen Krankheitserreger sieht Verf. den Bacillus Kochii an, und indem er weiter die (vorläufig wenigstens noch nicht bewiesene) Annahme vertritt, dass derselbe nur im menschlichen Körper zu vegetiren vermag, erklärt er die Tuberkulose für rein kontagiös. »Toute phthisie est due à la contagion.« Er theilt eine Anzahl eigner und anderen Autoren entlehnter Beobachtungen mit, um die Kontagiosität der Tuberkulose (speciell Lungentuberkulose) zu beweisen — diese Beobachtungen sind aber meist etwas fragmentarisch und, wie es uns scheinen will, auch nach Verf.s eignem Standpunkt schon darum nicht stringent, weil er sonst vielfach nachdrücklich auf die große Verbreitung der Phthise hinweist. Ferner wird als Thatsache angeführt, dass in den französischen Hospitälern, speciell im Bicêtre, die Krankenpfleger sehr häufig an Phthise erkranken — aus anderen Hospitälern, z. B. aus dem Brompton Hospital für Schwindsüchtige, ist aber bekanntlich das Gegentheil berichtet.

Neben dem eigentlich krankmachenden Moment, d. h. dem Bacillus, lässt Verf. jedoch prädisponirende oder Hilfsursachen gelten; außer schlechtem Ernährungszustande etc. sind es besonders lokal wirkende Schädlichkeiten, die in Betracht zu ziehen sind, vor Allem Bronchialkatarrhe. Ein mit Katarrh behaftetes Individuum ist weit mehr gefährdet als ein davon freies; daher auch die Häufigkeit phthisischer Zustände nach Masern etc. Ja Verf. scheint fast im Sinne der älteren Autoren »verschleppte Katarrhe« als Anfänge von Lungenphthise anzusehen. Auch dieser Punkt, d. h. ob Bronchialkatarrhe wirklich zu Tuberkulose disponiren, scheint uns noch keineswegs so sicher entschieden.

Die therapeutischen Kapitel enthalten jedenfalls Manches, was zu weiterer Untersuchung dringend auffordert, übrigens größtentheils schon aus anderen Publikationen des Verf.s bekannt ist. Die Anwendung bacillentödtender Mittel hält Verf. für zwecklos und erklärt es vielmehr als das Ziel der Therapie, die Gewebe möglichst zu kräftigen und zum Widerstande gegen die Bacillen zu befähigen. Den Hauptwerth legt er auf gute Luft und intensive Ernährung; demgemäß empfiehlt er klimatische Kurorte und eine Nahrung, welche event. die für Gesunde erforderliche an Masse übertrifft. Diese Suralimentation ist in praktischer Beziehung der Hauptpunkt in des Verf.s Darlegungen. Falls der Kranke nicht große Quantitäten Nahrung zu sich nimmt oder dieselben theilweise wieder erbricht, gießt man sie mittels eines Schlundrohres in den Magen — es tritt dann kein Erbrechen ein, oder falls Neigung dazu vorhanden ist, spült man den Magen zuvor mit kaltem Wasser, selbst mit Eiswasser, aus und setzt dadurch seine Empfindlichkeit herab; es geschieht dies auf die genannte Weise viel sicherer, als wenn man beispielsweise Eis-

stückchen schlucken lässt. (Zur Ausspülung genügt 1 Liter Eiswasser.) Wesshalb bei der Ernährung durch die Schlundsonde im Allgemeinen kein Erbrechen auftritt, auch wenn es zuerst vorhanden war, lässt sich nicht genügend feststellen; die Thatsache hat aber Verf. durchweg konstatiren können. Sehr zweckmäßig ist es, der Milch, welche sich als Nahrungsmittel im Übrigen am meisten empfiehlt, Fleischpulver oder rohes geschabtes Fleisch zuzusetzen.

Auch Kranke, welche geschabtes Fleisch oder Fleischpulver in größeren Quantitäten spontan (d. h. ohne durch die Sonde gefüttert zu werden) genießen, erholen sich bei dieser Suralimentation oft in ganz auffallender Weise — selbst sehr reducirte und hektische Pat. kräftigen sich so weit, dass sie Treppen steigen und lange Spaziergänge machen können, sie bekommen mehr Appetit und verdauen gut, nehmen an Körpergewicht zu, Husten und Schweiße hören auf etc. Etwaige Diarrhöen sind kein Hinderungsgrund; im Gegentheil schwinden dieselben nach Darreichung von Fleischpulver oft ohne weitere Hilfsmittel.

Wir hatten gerade diese mitunter erstaunlich klingenden Resultate im Auge, wenn wir oben sagten, dass sie zu weiteren Untersuchungen dringend auffordern.

Küssner (Halle a/S.).

---

6. **G. B. Ughetti** (Catania). Sull' epidemia di meningite cerebro-spinale infettiva osservata in Misterbianco dal Marzo al Maggio 1883.

(Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene 1883. No. 10 u. 11.)

U. hatte Gelegenheit eine Epidemie der Meningitis cerebrospinalis epidemia in Misterbianco zu beobachten, einem Orte unweit Catania, südlich vom Ätna in Malariagegend gelegen, der ungefähr 40 Jahre vorher von einer gleichen Epidemie heimgesucht worden war. Abgesehen von einem im Januar zur Beobachtung gelangten Vorläufer der eigentlichen Epidemie (72jähriger Greis, der innerhalb 4 Tagen erlag) und drei noch nach Ablauf der Epidemie beobachteten Einzelfällen (Frau von 54 Jahren, Mädchen von 11 Jahren, das innerhalb dreier Tage starb, und ein 8 Monate alter Bruder derselben, der, 14 Tage nach dem Tode der Schwester befallen, zur Zeit der Veröffentlichung noch in Behandlung war) erkrankten im Ganzen 21 Personen: 17 männlichen, 4 weiblichen Geschlechts. Rücksichtlich des Alters wurden befallen: 7 Individuen zwischen 0 und 10 Jahren, 2 zwischen 10 und 20 Jahren, 10 zwischen 20 und 30 Jahren, 1 zwischen 30 und 40 Jahren, 1 zwischen 40 und 50 Jahren. Der jüngste Kranke war 2 Monate, der älteste 48 Jahre alt. In Bezug auf die Symptomatologie unterschied sich die Epidemie nicht viel von anderen. Erbrechen fehlte meistens, Nackenstarre war fast konstant. In einem Falle kamen Gehörsstörungen zur Wahrnehmung, häufig war Strabismus convergens, einmal wurde Keratitis ulcerosa beobachtet. In einem Falle fehlten eigentlich alle Symptome mit Ausnahme des Fiebers

und der Diarrhöe, die Diagnose wurde mit Rücksicht auf die herrschende Epidemie und den rapiden von Exitus letalis gefolgten Collaps richtig gestellt. Kontagion war in keinem Falle nachzuweisen; in keiner Familie erkrankte (während der eigentlichen Epidemie, s. oben) mehr als ein Mitglied. Die Mortalität betrug 16 = 77%.

Im Exsudat der Meningen, eben so in dem durch blutige Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule entleerten Blute fanden sich in zwei darauf hin untersuchten Fällen, frei und im Innern der weißen Blutkörperchen, isolirte oder paarweis gruppirte runde Mikrokokken, keine Bakterien oder Bacillen. Impfungs-, resp. Injektionsversuche, die in geringer Anzahl mit beiden Flüssigkeiten an Kaninchen vorgenommen wurden, ergaben bis auf geringe Temperatursteigerungen ein negatives Resultat.

Verf. schließt:

1) Die Meningitis cerebrospinalis epidemica ist eine infektiöse, aber nicht kontagiöse Erkrankung.

2) Das infektiöse Agens derselben entfaltet seine Wirksamkeit nur während kurzer Zeit und in großen Intervallen.

3) Die Krankheit befällt mit Vorliebe das männliche Geschlecht, und in diesem Kinder von wenigen Monaten und junge Männer zwischen 20 und 30 Jahren.

4) Im Exsudat, im Blute, und daher in allen Geweben finden sich nicht charakteristische Mikrokokken, die mit den betreffenden Flüssigkeiten auf Kaninchen übertragen, nicht im Stande sind, bei diesen eine entsprechende Erkrankung zu erzeugen.

Freudenberg (Berlin).

---

7. **Aufrecht** (Magdeburg). Pathologische Mittheilungen. Zweites Heft.

Magdeburg, Faber'sche Verlagshandlung, 1883. gr. 8 mit Register. 92 S.

Dem ersten Hefte seiner pathologischen Mittheilungen, das 1881 erschien, hat A. vor Kurzem ein zweites folgen lassen und behandelt darin ebenfalls Fragen aus der allgemeinen Pathologie, der pathologischen Anatomie und Histologie und aus der klinischen Medicin. In den größtentheils kurz gehaltenen, z. Th. auch rein kasuistischen Aufsätzen knüpft Verf. mehrfach an anderweitig von ihm schon behandelte Themata an, so dass gerade der mit diesen Arbeiten Bekannte besonderes Interesse an dem vorliegenden Büchelchen nehmen wird. Wenn man auch nicht in allen Fragen den Standpunkt des Verf.s theilt, wird man ihm doch stets mit Interesse folgen und überall sein Streben nach möglichster Objektivität anerkennen; zudem ist aus dem großen Krankenmaterial, das dem Verf. als Oberarzt des Magdeburger Krankenhauses zu Gebote steht, eine Fülle sehr bemerkenswerther Beobachtungen mitgetheilt, die viele sog. brennende Fragen betreffen. Wir wünschen dem Verf. auch bei diesem Werk-

chen einen recht großen Leserkreis und können hier im Referat natürlich nur kurz und mit Auswahl verfahren.

1) Zur Histologie des hypertrophischen Herzens. Untersucht wurde stets der linke Ventrikel; die Herzen waren in Folge von Klappenfehlern oder von Schrumpfniere hypertrophisch. Bei allen ergab sich gleichmäßig, dass die Muskelfasern nicht an Zahl vermehrt waren, sondern an Volumen zugenommen hatten, in gleicher Weise auch die Muskelkerne, welche sich ebenfalls nicht vermehrt zeigten. (Genaue mikrometrische Messungen sind als Beleg mitgetheilt.) Das interstitielle Gewebe und die Gefäße zeigten sich intakt.

2) Die hypertrophische Lebercirrhose. Nach Verf. unterscheidet sich dieselbe von der atrophischen (Laënnec'schen) Cirrhose zwar anatomisch, aber nicht klinisch, wenigstens nicht in den Anfangsstadien; denn auch die gewöhnliche atrophische Cirrhose beginnt sehr wahrscheinlich mit einer Vergrößerung der Leber. Außerdem tritt Verf. entschieden für eine gleiche Ursache bei beiden Formen der Lebererkrankung ein, nämlich dem chronischen Alkoholgenuss; die excessive Zufuhr schwerer Alcoholica bedingt wahrscheinlich die Vergrößerung der Leber bei der hypertrophischen Form. (Bei genügend langer Dauer der Krankheit kann auch die hypertrophisch-cirrhotische Leber schließlich eine Verkleinerung unter das normale Volumen erfahren.) Was die histologischen Verhältnisse anlangt, so ist bei der hypertrophischen Cirrhose das inter- und intraacinöse Gewebe stark gewuchert, bei der atrophischen Cirrhose fast nur das interacinöse. Eben daraus schließt Verf., dass bei der hypertrophischen Form das schädliche Agens (d. h. der Alkohol) in größerer Reichlichkeit auch dem Innern der Acini zugeführt wird. Übrigens nimmt Verf. an, dass durch den Alkohol primär nicht das interstitielle Gewebe, sondern die Leberzellen geschädigt werden. In ähnlicher Weise sieht ja Verf., wie auch Abschnitt 3 »Die Nephritis nach Kantharidin« näher darzulegen sucht, das Wesen der Entzündung überhaupt in einer aktiven (oder primären) Läsion der fixen Gewebsbestandtheile, nicht in einer sekundären (oder »degenerativen«) Veränderung derselben durch die nach der Cohnheim'schen Lehre zuerst vorhandene Alteration der Gefäßwunde. In dem erwähnten dritten Abschnitt sucht Verf. durch genaues histologisches Studium der Nieren nach subkutaner Kantharidineinspritzung neue Belege dafür beizubringen, dass die Nierenepithelien zuerst und aktiv an dem »entzündlichen« Processe betheiligt sind. Zu einem kurzen Referat erscheint gerade dieser Theil nicht recht geeignet.

Abschnitt 4 »über Bakterien« enthält eine große Zahl von Beobachtungen und Darlegungen, die auch der Gegner mit Interesse lesen wird; gerade hier finden sich auch vielerlei Anknüpfungspunkte an frühere Arbeiten des Verf.s. Wir heben nur Punkte, die neu oder von principieller Wichtigkeit sind, hervor. Verf. unterscheidet Bak-

terien bezüglich ihrer pathogenen Wirkung nach folgendem Princip: 1) solche, die im gesunden Körper einen so geeigneten Nährboden vorfinden, um zur Entfaltung ihres schädigenden Einflusses nur des Hineingelangens in denselben bedürfen — es sind dies gewiss nur wenige, so die Bakterien des Milzbrandes und der Syphilis; 2) solche, die erst einen besonders disponirten Nährboden nöthig haben, um zur schädigenden Entwicklung im Organismus zu gelangen — hierher sind zu rechnen die experimentell erzeugte Diphtheritis der Harnblase und des Uterus, der Krup, die Wundinfektionskrankheiten; 3) solche, die erst festen Fuß fassen können, wenn im Körper Organe vorhanden sind, welche Sekrete resp. Exsudate einschließen, die leicht der Zersetzung anheimfallen können, oder wenn sich Organtheile vorfinden, welche dem Zustande der Nekrose mehr oder weniger nahe sind — hierher gehören eitrige Mittelohrentzündungen, die sich aufs Gehirn fortpflanzen, und die Lungentuberkulose. Verf. opponirt damit aufs entschiedenste gegen R. Koch's Anschauung, wonach die Tuberkelbacillen die alleinige Ursache der menschlichen Phthise sind, und behauptet, dass zuerst die kranke Lunge vorhanden ist, und dann der Bacillus sich einstellt. Er hält demgemäß die Lungenschwindsucht für »keine reine Infektionskrankheit«, giebt das aber für die akute Miliartuberkulose zu.

Von den übrigen Angaben des Verf.s über Bakterien sei erwähnt, dass er die Klebs-Eberth'schen Typhusbacillen bestätigt und auch die von Koch als Bacillen des malignen Ödems bezeichneten Mikroorganismen in mehreren Fällen gefunden hat. Er erklärt die dadurch hervorgerufene Affektion für identisch mit der Gangrène foudroyante von Maisonneuve und betont, dass nicht bloß, wie Brieger und Ehrlich in einer bekannten Beobachtung konstatirten, Typhus (Typhoid) einen günstigen Nährboden für die Entwicklung der Bacillen schafft. Von besonderem Interesse ist endlich eine Beobachtung des Verf.s über parasitäre Organismen im Blute von Leuten, die an perniciöser Anämie litten (von den mitgetheilten 3 Fällen ist uns der eine zweifelhaft als hierher gehörig); noch speciellere Mittheilungen darüber wären im höchsten Grade erwünscht. Es fanden sich im Blute intra vitam, noch zahlreicher im Leichenblute, »Vibrionen« etwa von der Länge der Recurrens-Spirillen, aber ohne jede spiralige Krümmung, äußerst dünn und sehr lebhaft sich bewegend; auch lange Sporenketten, welche ganz analoge Bewegungen ausführen. Verf. betont besonders, dass er diese Gebilde im Blute von Menschen, die an anderen Krankheiten gestorben waren, nicht gefunden habe.

Aus den in Abschnitt 5 mitgetheilten kasuistischen Beobachtungen heben wir folgende hervor.

a) Aktinomykosis hominis. Ein sonst gesunder, wohlbeleibter Mann von 54 Jahren erkrankt 1879 an Magenkrämpfen und Verdauungsbeschwerden; durch Karlsbader Salz Besserung. 1881 plötzlicher Schmerz von äußerster Intensität in der Magengegend, Collaps,

reichliches kaffeesatzartiges Erbrechen; vorübergehende Besserung, doch dauernd Neigung zu Magenschmerz, Aufstoßen, belegte Zunge, Foetor ex ore, Blutbeimischungen zum Stuhl, etwas Fieber, eiweiß- und cylinderhaltiger Harn. Tod 4 Wochen nach dem Schmerzanfall. Bei der Sektion findet sich eine große, vor der Wirbelsäule im Bauchraum gelegene Höhle, die mit stinkender Flüssigkeit gefüllt ist; in derselben schwimmen massenhafte, fettig anzufühlende Körnchen, die sich auch im Netz wie im Mesenterium finden, hier schwefelgelb aussehen und fest im Gewebe sitzen; mikroskopisch erweisen sie sich als Aktinomyces. Keine Erkrankung der Wirbel. Die übrigen Organveränderungen von nur untergeordnetem Interesse.

b) Ein Fall von Mykosis pulmonum aspergillina ist von Interesse mit Rücksicht auf das gerade jetzt genauer studirte Vorkommen von Aspergillusarten im menschlichen Körper. Es hatte sich in der Lunge einer älteren phthisischen Frau Aspergillus fumigatus (von de Bary nach übersandten Präparaten bestätigt) in großer Menge angesiedelt, so dass stellenweise die Lunge ganz wie verschimmelt aussah. Weiteres ist im Original einzusehen.

c) Carcinomatöse Geschwüre im Darm, nebst Carcinomknoten des subkutanen Gewebes nach einem Carcinom entstanden, welches sich aus einer an der Schläfe sitzenden Warze entwickelt hatte. Die Geschwüre saßen im Dünndarm, waren mit ihrer Längenachse senkrecht zu der des Darmes gestellt, also wie die tuberkulösen Darmgeschwüre, und waren offenbar von den oberflächlichen Schleimhautschichten ausgegangen, so dass es nicht zur Bildung größerer Knoten gekommen war; die zugehörigen Mesenterialdrüsen waren kirschengroß und ebenfalls carcinomatös.

d) »Ein Angiosarkom des Pons als Ursache halbseitiger Epilepsie.« Ein 25jähriges kräftiges Mädchen, das vor 3 Jahren einige Male epileptische Krämpfe gehabt hatte, seitdem aber völlig frei davon gewesen war, erkrankt wieder mit Krampfanfällen; be ihrer Aufnahme ist sie benommen, liegt mit weiten, fast reaktionslosen Pupillen da und hat fortwährend klonische Zuckungen im Gebiete des linken Facialis und im linken Arm. Unterextremitäten ruhig rechter Arm nur ausnahmsweise zuckend. Sehnenreflexe sind vorhanden. Nach vorübergehendem Freiwerden des Sensoriums un Aufhören der Zuckungen stellen sich letztere abermals ein, und scho am dritten Tage nach der Aufnahme stirbt die Kranke. Bei der Sektion zeigt sich außer diffuser Hyperämie des Gehirns nur eine lokal Erkrankung im Pons: der untere Theil der rechten Hälfte desselben is von einem länglich-runden Tumor eingenommen, der nach unten z spitzer werdend in die Medulla oblongata hineinreicht; er ist 13 mı lang und 8 mm dick und besitzt die mikroskopischen Charaktere ein Angiosarkoms. Im Übrigen ist das Gehirn völlig normal.

In Kapitel 6, die »Therapie der Pleuritis, insbesonde die Thorakocentese« betreffend, theilt Verf. zunächst mit, da bei akuter exsudativer Pleuritis (mit serösem Exsudat) in eine

frühen **Stadium** die **Salicylsäure** von **vortrefflicher Wirkung** ist. Giebt man anfänglich 5—6 g Natr. salicyl. pro die, nach 2—3 Tagen 4 oder nur 3 g und setzt dies ca. 8 Tage fort, so zeigt sich meist eine auffallend schnelle Resorption des Exsudates. Jedenfalls ist diese Medikation weiterer eingehender Versuche werth. Bei etwas älteren Fällen scheint das Mittel nichts zu nützen.

Was nun die Entleerung des Exsudates durch **Punktion** anlangt, so hat nach Verf.s Ansicht die Punktion gar keinen Zweck bei kleinen Exsudaten, d. h. bei solchen, bei denen der unter normalen Verhältnissen bestehende negative Druck im Pleuraraum trotz vorhandener Flüssigkeit noch anhält oder eben aufgehoben ist. Im Gegensatz dazu nennt er große Exsudate solche, bei denen der Druck im Pleuraraum ein positiver ist; bei diesen ist er im Allgemeinen entschieden für Punktion und zwar räth er, wie es auch Fiedler vorgeschlagen hat, dann zu operiren, wenn das Exsudat vorn die Höhe des 3. Interkostalraumes erreicht hat — es ist dann als sicher anzunehmen, dass Verdrängungserscheinungen an den Nachbarorganen vorhanden sind. Als Stelle der Punktion wird der vierte Interkostalraum in der Axillarlinie empfohlen, und Verf. lässt stets Rückenlage beibehalten, um Collaps zu vermeiden. (Vor der eigentlichen Operation macht Verf. stets eine Probepunktion mit einer Pravaz'schen Spritze.) »Wenn man nicht mindestens 1500 ccm Exsudat entleeren kann, hätte die Operation eben so gut unterbleiben können. Mehr als 2500 ccm zu entleeren ist nicht rathsam.« Die Entleerung geschieht durch Aspiration vermittels eines Heberapparates, den Verf. specieller beschreibt; eine Wiederholung der Thorakocentese erklärt er für unnöthig. Man soll mit der Operation nicht warten, d. h. ohne jede Rücksicht auf etwaiges Fieber oder Steigen des Exsudates sie sofort vornehmen, sobald der Pat. in Behandlung kommt; giebt man sogleich hinterher Salicylsäure, so kann man sicher das Fortschreiten des Processes hindern. Der nach der Operation zurückbleibende Rest des Exsudats schwindet um so rascher, je früher man operirt; außerdem gewinnt wahrscheinlich die Lunge ihre Elasticität viel früher wieder.

Küssner (Halle a/S.).

---

8. **T. J. Hudson.** Bromide and Jodide of Sodium; their therapeutic advantages over Bromide and Jodide of Potassium.

(Lancet 1883. II. p. 1081.)

H. hat an sehr großem Krankenmaterial die therapeutischen Vortheile des Jod- und Bromnatriums vor den gleichen Kaliumsalzen zu ermitteln gesucht. Er kommt zu folgendem Schlusse: Die klinische Beobachtung lehrt, dass man die Kalisalze lange fort in kleineren Dosen geben muss, wenn man nicht auf einmal eine große Quantität des doch giftigen Kalis im Blute haben will. Oft aber werden Erfolge nur erzielt, wenn man das Mittel längere Zeit in größerer Menge giebt. Für diese Fälle ist Bromnatrium besser. Es scheint

auch, dass die Natriumsalze dann den Vorzug verdienen, wenn man eben nur die Brom- resp. Jodwirkung wünscht. Manchmal, so bei Keuchhusten z. B., ist es aber nicht vortheilhaft auf die beruhigende Wirkung des Kali an sich zu verzichten. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

9. Aristide Demesse. Du traitement de la pustule maligne par les injections jodées.

Thèse de Paris 1883. 42 S.

Verf. hat Gelegenheit gehabt mehrere Fälle von Pustula maligna unter der Behandlung mit Jodinjektionen in die Umgebung der Geschwulst heilen zu sehen. Er stellt diese mit anderen bereits früher veröffentlichten therapeutischen Erfolgen durch die gleiche Methode zusammen und kommt zu dem Schluss, dass in der ersten und zweiten Periode der Krankheit solche Injektionen ein empfehlenswerthes Heilmittel sind. Man überzeugt sich möglichst genau von der Ausdehnung der Pustel in der Haut und injicirt dann die Pustel mit einem Ring von Einstichstellen umschließend 4—8 g Jodtinktur mit 2 Volumina Wasser gemischt. Ohne Rücksicht auf Vorschreiten oder Zurückgehen der Krankheit werden diese Injektionen mehrere Tage lang, mehrmals täglich gemacht. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

10. Götz. Zur Behandlung der Diphtherie.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 34.)

G. empfiehlt zur Behandlung der Diphtherie intratonsilläre Injektionen von 5%iger (!) Karbolsäure. Die Injektionen werden mit einer Spritze, die mit einer 6—7 cm langen anschraubbaren Hohlnadel armirt ist, in die Tonsillen am Rande des Gaumenbogens gemacht und zwar in jede Mandel 3—4 Injektionen (3—5 Tropfen der Lösung). Sind die Tonsillen bis an den Gaumenbogen hin mit Auflagerungen bedeckt, so wird durch den Belag oder den Gaumenbogen hindurch injicirt. Die Membranen sollen schon nach den ersten Einspritzungen absterben; wenn sie sich dennoch ausbreiten, so können noch 2—3malige Injektionen nothwendig werden. Unter 15 auf diese Weise behandelten schweren Fällen kam kein Todesfall vor, während von 49 ohne Injektionen behandelten Fällen 7 starben.

G. stellt sich die Wirkung dieser Injektionen so vor, dass durch dieselben dem Diphtheriegift der Eintritt in den Körper erschwert resp. abgeschnitten und ihm zugleich sein Nährboden verdorben werde. **Seifert** (Würzburg).

---

11. P. Blocq. Du pansement à l'hélénol.

(Progr. méd. 1883. No. 46.)

Nachdem Korab (Soc. biol. 1882) die eminent antiseptischen Eigenschaften des Helenols erschlossen, wandte B. dessen Präparat,

eine helle, leicht aromatisch riechende Flüssigkeit in starker Verdünnung (1 Esslöffel : 1 Liter Wasser) zu Verbänden gegen verschiedene chirurgische Affektionen an. Besonders günstig stellten sich die Resultate bei einfachen Wunden, incidirten Abscessen und widerspenstigen Fußgeschwüren. Der Verband blieb bis zu 8 Tagen liegen. Das wenig aber angenehm riechende Mittel wirkt der Karbolsäure gegenüber weder toxisch noch kaustisch (doch komplicirte zweimal ein Erythem die Wundheilung).

Fürbringer (Jena).

---

12. **J. Doutrelepont.** Zur Therapie des Lupus.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 1.)

Da die lupöse Erkrankung als eine Hauttuberkulose aufzufassen ist, so gilt es in erster Linie die Ursache d. i. die Bacillen an Ort und Stelle zu tödten. Zu diesem Behufe applicirt Verf. das Sublimat als Antisepticum mittels Kompressen, welche in Lösungen bis zu 0,1% getränkt sind und fast durchweg gut vertragen werden. Unter dieser Behandlung schwinden die fungösen Granulationen, nimmt die Eiterung ab, involviren sich die Lupusknötchen, werden verhältnismäßig glatte Narben gebildet. Niemals Salivation. Später fügte D. der Empfehlung Buchner's (dieses Centralblatt 1883 p. 401 und 582) folgend, eine innere Arsentherapie zu, um den Heilungsprocess zu beschleunigen, der freilich bei ausgebreiteten Formen länger auf sich warten ließ, als bei Zerstörung durch Ätzen und Auskratzen. Sehr günstige Resultate erhielt D. auch bei Stichelung der Neubildung mit 1%iger Sublimatlösung und bei Einpulvern mit Kalomel.

Fürbringer (Jena).

---

13. **J. Scott Battams.** On the forced feeding of children.

(Lancet 1883. I. p. 1084.)

Verf. empfiehlt Zwangfütterung (Katheter durch die Nase in den Schlund geführt) dringend bei Kindern, die aus irgend welchen Ursachen nicht oder ungenügend schlucken.

So namentlich bei diphtheritischen Schlundlähmungen, bei starken diphtheritischen Halsbelägen, Verbrennungen des Mundes etc.

Ferner in Krampfzuständen, namentlich bei Urämie, Kinderkrämpfen u. v. a., bei Benommenheit (besonders durch Meningitis), bei Vergiftungen und dann namentlich noch in Krankheitsfällen, wo das Kind schwer daniederliegt, wie im Typhus z. B. In all diesen Zuständen soll durch künstliche Fütterung der Kräftezustand erfahrungsgemäß erhalten werden können.

In einem Anhang wird die mit Gummischlauch armirte Glasspritze als ein sehr praktisches Instrument empfohlen, wenn man kleine Kinder durch den Mund füttern will.

Edinger (Frankfurt a/M.).

Kasuistische Mittheilungen.

14. British Medical Association. 51. Versammlung. Sektion für Pathologie.

(Brit. med. journ. 1883. II. p. 1055.)

Eine Debatte über die Beziehungen der Mikroorganismen zu Krankheiten wurde von Dreschfeld mit einem Vortrage eingeleitet, der eine gute Übersicht über das bisher Bekannte in präciser Form giebt und recht geeignet ist rasch über die Arbeiten der letzten Jahre übersichtlich zu orientiren. F. W. Mott sprach über Mikroorganismen im Typhus. Leider sind ihm die wichtigen neueren Arbeiten über dieses Thema (mit Ausnahme einer kurzen Mittheilung von Klebs) alle unbekannt geblieben und was er als Mikrokokken etc. im Blut lebender Typhuskranken beschreibt, erinnert sehr an die bekannten »Zerfallskörperchen«. Auch der Befund von Mikrokokken in den Leichentheilen (Herz etc.) ist keineswegs gegen die bekannten Einwürfe gesichert. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

15. Hoepfl. Zur Kenntnis der Jodoformvergiftung.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 6 u. 7.)

In 4 Fällen von Jodoformvergiftung fand sich bei der Sektion nahezu das gleiche Bild: fettige Entartung des Herzens, der Nieren, der Leber und im Gehirn (entweder normale Verhältnisse oder) Ödem der Pia.

Aus einer Reihe von Thierversuchen, über welche H. im Anschlusse an diese Beobachtungen berichtet, ergiebt sich als übereinstimmender Befund: parenchymatöse Entzündung, theils noch im Beginn, theils weiter vorgeschritten, in Herz, Leber und Nieren, besonders in beiden letzteren Organen. Nicht übereinstimmend sind die Veränderungen in den Gehirnhäuten, die sich bei 3 Thieren hyperämisch, bei den übrigen von ziemlich normalem Blutgehalt zeigten. Im Gehirn selbst wurden keine Veränderungen gefunden. Bei diesen Versuchen fiel besonders auf das verschiedene Verhalten von Thieren derselben Gattung gegen gleiche Mengen Jodoform, eine mit den am Menschen gemachten Erfahrungen ganz übereinstimmende Erscheinung. **Seifert** (Würzburg).

16, 17. Toxikologische Notizen.

(Brit. med. journ. 1883. II. p. 1067.)

1) Vergiftung durch Aconit mitgetheilt durch H. W. Seager.

Eine Frau hatte 1 Stunde vor Ankunft S.'s 3 Drachmen Linimentum Aconiti (Pharmacopoea Britannica) genommen. Verf. fand sie stark kollabirt, mit geröthetem Gesicht, erweiterten Pupillen, vollem etwas unregelmäßigen Pulse und lauter rascher Respiration. Häufig traten allgemeine Konvulsionen auf. Die Hautsensibilität war vollkommen geschwunden. $^3/_4$ Stunden später trat der Tod ein.

2) Vergiftung durch Bryonia dioica mitgetheilt durch S. B. Mason.

Der Fall betrifft ein 4jähriges Kind, das beim Spielen die Beeren gegessen hatte und bald nachher mit Leibschmerz erkrankte. Das ist Alles, was Verf. über die Symptome mitzutheilen weiß; er ergeht sich dagegen lang und breit über die günstige Wirkung des dargereichten Brechmittels. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

18. Coester. Vergiftung durch Arsenwasserstoffgas mit tödlichem Ausgang.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 8.)

Ein 43jähriger Arbeiter in einer Anilinfabrik erkrankte plötzlich bei der Beschäftigung an einem Kessel, in welchem Anilin, Zink und Salzsäure (mit Arsenik verunreinigt) enthalten waren. Es stellte sich Schüttelfrost ein, Schmerzen im Kopfe und der Nierengegend und mehrmaliges Erbrechen. Während der folgenden Nacht Entleerung einer ziemlichen Menge scharz aussehenden Blutes. Bei der Untersuchung am anderen Morgen zeigte sich Empfindlichkeit der Nierengegend

beiderseits, Temperatur von 38,5, Pulsfrequenz von 88, Respiration und Sensorium frei.

Die Untersuchung des Urins ergab Fehlen von rothen Blutkörperchen, dagegen konnten aus demselben Häminkrystalle dargestellt werden (die spektroskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen). Am folgenden Tage stellte sich hochgradiger Ikterus ein, wie er bei den bisher beobachteten Fällen von Arsenwasserstoffvergiftung stets konstatirt wurde, gleichzeitig bestand Vergrößerung der Leber und der Milz.

Bald stellte sich Anurie ein, Benommenheit des Sensoriums, leichte Delirien, Zuckungen in der Muskulatur beider Vorderarme, die bis zum Tode bestehen blieben, der 10 Tage nach dem Beginn der Erkrankung eintrat.

Das Sektionsresultat konnte in keiner Weise verwerthet werden, da die Fäulnis schon zu weit vorgeschritten war. In der Leber fand sich eine Spur von Arsenik, die jedoch quantitativ nicht mehr zu bestimmen war. **Seifert** (Würzburg).

19. **Werner.** Ein Beitrag zur Kenntnis und Behandlung der Nitrobenzolvergiftung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 4.)

Eine 20jährige Frau nahm etwa 30 g Nitrobenzol zu sich, worauf sie bald erbrach; nochmaliges Erbrechen erfolgte auf 2 Esslöffel Ricinusöl. Nach 5 Stunden verlor sie das Bewusstsein, das Gesicht nahm livide, die Haut eine eigenthümliche bleigraue Färbung an, die Respiration wurde oberflächlich, zuweilen aussetzend, der Puls klein, weich, mäßig frequent (100), der Athem roch exquisit nach Bittermandelöl. Nach einer gründlichen Ausspülung des Magens und einem lauwarmen Bad mit kalten Übergießungen kehrte das Bewusstsein auf kurze Zeit zurück. Bald nachher trat aber wieder vollständige Somnolenz ein, die sich auch nach verschiedenen therapeutischen Angriffen nicht minderte.

13 Stunden nach Einführung des Giftes wurden 500 ccm auffallend schwarzen, deutlich nach Bittermandeln riechenden Blutes durch Aderlass entleert und in die Vena mediana 350 g defibrinirten erwärmten Menschenblutes langsam eingespritzt. Bald nachher hob sich Temperatur und Puls, es stellte sich ein Stadium großer Erregbarkeit ein, leichteres später noch auftretendes Koma wurde durch Kampherinjektionen beseitigt, nach 4 Tagen befand sich Pat. wieder ganz wohl.

Zucker war im Harn nicht nachweisbar, auch nicht Eiweiß, doch war ein deutlicher Geruch nach Veilchen wahrzunehmen. Verf. hält die depletorische Transfusion (Boehm) als das geeignetste Mittel zur Behandlung einer solchen Vergiftung. **Seifert** (Würzburg).

20. **Dujardin-Baumetz et Oettinger.** Note sur un cas de dilatation de l'estomac, combinée de tétanie générale.

(Union méd. 1884. No. 15 u. 18.)

Ein 46jähriger Mann leidet seit einigen Jahren an Dyspepsie, Gastralgie, wiederholtem Erbrechen; bei der Aufnahme fand sich eine kolossale Magendilatation. Unter Anwendung von Auswaschungen des Magens besserte sich sein Zustand, um sich nach der Entlassung wieder zu verschlimmern. Pat. suchte sich selbst durch den Gebrauch von Schweizerpillen zu helfen, und acquirirte sich dadurch eine starke Diarrhöe, die ihn wieder ins Krankenhaus führte, wo er sehr geschwächt eintraf und die Magenausspülungen, die ihm verordnet waren, in übertriebener Häufigkeit anwandte. Plötzlich trat ein Anfall von typischer Tetanie der Oberextremitäten ein, einem zweiten, bei dem sich auch die Respirationsmuskeln betheiligten, erlag der Kranke. Die Sektion ergab neben Ödem des Hirns und der Hirnhäute eine mächtige Magendilatation und als Ursache derselben eine bindegewebige Striktur des Duodenum; die mikroskopische Untersuchung der Magenwand ergab die Erscheinungen des chronischen Katarrhs.

Die Verff. bringen ihren Fall in Analogie mit drei von Kussmaul beschriebenen Fällen tetanieartiger Anfälle bei Magenerweiterung.

Strassmann (Leipzig).

21. Lewin. Zur Kasuistik der Gastritis phlegmonosa idiopathica.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 5.)

Ein 59jähriger Mann, der eine sehr feuchte und dunkle Kellerwohnung inne hatte, erkrankte mit einem Frostanfall, dem starke Hitze folgte. Nachher traten Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung auf. Zwei Tage nach Beginn der Erkrankung Eintritt in ärztliche Behandlung: Epigastrium sehr druckempfindlich, Zunge braun belegt. Am Tage nachher Erbrechen, Fiebererscheinungen. Die Schmerzhaftigkeit der Magengegend steigerte sich und es nahm in den folgenden Tagen auch das ganze Abdomen Antheil. Im weiteren Verlauf wurde das Sensorium benommen, die peritonitischen Erscheinungen deutlicher (Exsudatbildung) und es kam noch eine linksseitige Pleuritis hinzu. Am 8. Krankheitstage waren über den ganzen Körper Petechien von bläulich rother Farbe ausgebreitet, außerdem fand sich noch intensiver Ikterus. Am 9. Tage Exitus letalis.

Die Sektion ergab eitriges Exsudat im linken Pleurasack, diffuse serös-eitrige Peritonitis und multiple Abscessbildung zwischen Mucosa und Serosa des Magens.

Den Ikterus sieht L. als hämatogenen an und fasst diesen wie die Petechien als Ausdruck einer allgemeinen Pyämie auf.

Über die Ätiologie dieses Falles (Alkoholmissbrauch ist ausgeschlossen) vermag L. keine Aufklärung zu geben. **Seifert** (Würzburg).

22. Löwenfeld. Neuropathologische Mittheilungen.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 15 u. 29.)

An den von Friedreich beschriebenen Fall von Paramyoklonus multiplex reiht sich ein von L. beobachteter an, der einen 10jährigen Knaben betrifft. Der kleine Pat. leidet seit etwa 1 Jahre an eigenthümlichen Zuckungen, die zuerst am rechten Vorderarme auftreten und sich später auf alle Extremitäten und den Schultergürtel ausbreiteten.

Bei der Untersuchung findet man ein eigenthümliches Muskelspiel, Supinator longus und biceps zeigen beiderseits einen beständigen Wechsel von kurzen Kontraktionen und Erschlaffungen. Diese Zuckungen verschwinden sofort bei jeder willkürlichen Bewegung sowohl bei der Beugung als bei der Streckung. An den unteren Extremitäten an der inneren Partie der Oberschenkel ein ähnliches Muskelspiel. Kniephänomen sehr lebhaft, aber sonst keine Andeutung von Steigerung der Sehnenreflexe. Die Zuckungen sollen im Schlafe sistiren. Bei der weiteren Beobachtung ergab sich, dass auch noch andere Muskeln ohne konstante Reihenfolge sich betheiligten, dass jedoch die Zahl der betheiligten Muskeln in einer gewissen Beziehung zur Intensität der Krämpfe stand. Die galvanische und faradische Erregbarkeit der afficirten Muskeln und der zugehörigen Nervenstämme ergab keine Anomalie. Bei Galvanisation des Rückens mit Einschaltung des Ganglion supranum in den Stromkreis und innerlichem Gebrauch von Zinc. valer. wurde nahezu vollständige Heilung erzielt.

Als weitere Mittheilung bringt L. die Schilderung zweier Fälle von transitorischer Aphasie, die nach einem Schreck entstanden nur kurze Zeit andauerte. Dass der Schrecken nicht sofort, sondern erst nach einiger Zeit die Aphasie herbeiführte, erscheint bemerkenswerth, und zwar desshalb, weil aus diesem Umstand für die Entstehung der Sprachstörung eine Hemmungswirkung nicht angenommen werden kann. L. sieht als Ursache der Aphasie einen vorübergehenden Gefäßkrampf an, zumal bei dem einen Fall in Form der Blutleere der Hände und Blässe des Gesichtes vasomotorische Störungen gleicher Art an anderen Orten bestanden.

Seifert (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Nothnagel, Rühle,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, P. Ehrlich, D. Finkler, A. Fränkel,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 15. **Sonnabend, den 12. April.** **1884.**

I. Die Histogenese des tuberkulösen Processes.

Von

Prof. Dr. **Baumgarten** in Königsberg i/Pr.

(Nach einem in der med. Gesellschaft zu Königsberg am 17. März 1884 gehaltenen Vortrag mit Demonstration von mikroskopischen Präparaten.)

Die bisherigen Anschauungen über Tuberkelhistogenese gründeten sich theils auf Analogien mit den selbst noch nicht genügend klar gelegten Vorgängen der entzündlichen Zell- und Gewebsneubildung, theils auf Kombinationen, die aus dem Nebeneinander verschiedener Entwicklungsstufen des tuberkulösen Processes bei einem und demselben Individuum auf die zeitliche Aufeinanderfolge und genetische Zusammengehörigkeit dieser verschiedenen Entwicklungszustände gemacht wurden. Direkte Beobachtungen über die histologische Entwicklungsgeschichte des Tuberkels sind meines Wissens bisher nicht angestellt worden. Die Entdeckung der Tuberkelbacillen, die Feststellung derselben als ausschließlicher Erreger des tuberkulösen Processes, die neuesten Errungenschaften der allgemeinen Histologie,

welche uns in den Bildern der indirekten Kerntheilung, den sog. karyokinetischen Figuren, charakteristische und absolut sichere Kennzeichen einer stattfindenden Kern- und Zellvermehrung an die Hand gaben, legten es nahe, das Problem der Tuberkelentwicklung einer systematischen, experimentell-histologischen Prüfung zu unterwerfen. Die Resultate, die hiernach erhalten worden sind, weichen wesentlich von den herrschenden Vorstellungen ab: bekanntlich lauteten diese dahin, dass der Tuberkel als eine Ansammlung emigrirter farbloser Blutzellen beginne, und dass sich aus diesen emigrirten farblosen Blutzellen allmählich die epithelioiden und Riesenzellen des Tuberkels entwickelten. Die experimentell-histologische Untersuchung hat dagegen ergeben, dass die epithelioiden und Riesenzellen des Tuberkels stets aus den fixen Gewebszellen hervorgehen, und dass eine Umwandlung von Lymph- und Eiterkörperchen in epithelioide und Riesenzellen nachweisbar niemals stattfindet.

Die Entwicklung der specifischen Tuberkelstruktur lässt sich am leichtesten, sichersten und reinsten an denjenigen Tuberkeln verfolgen, welche sich nach Einbringung tuberkulöser Substanzen in die vordere Augenkammer albinotischer Kaninchen, in der Iris dieser Thiere bilden. Das Erste, was geschieht, ist, wie bereits anderweitig mitgetheilt[1], ein Eindringen der Bacillen aus dem Impfstückchen in das zunächst noch völlig intakt bleibende Irisgewebe. Die Bacillen dringen frei, d. h. nicht in Wanderzellen eingeschlossen, in das Gewebe ein und verbreiten sich daselbst auch als solche; am 10., 11. Tage findet man sie schon über den größten Theil der makroskopisch noch unveränderten Iris ausgestreut, theils in der Intercellularsubstanz, theils in den fixen Gewebszellen haftend. Dort, wo die eingedrungenen Bacillen anfangen sich zu Nestern zu gruppiren, stellen sich Gewebsveränderungen ein, die ausnahmslos zur Bildung typischer Tuberkelknötchen führen. Während in der Norm die fixen Zellen des Stromas der albinotischen Kanincheniris die Form dünner Zellplatten, sog. Häutchenzellen, besitzen, die dem zufolge auf gefärbten senkrechten Durchschnitten meist als nackte Kerne von ovalem bläschenförmigen Aussehen, die der einen Wand der betreffenden Saftlücke angeschmiegt sind, imponiren, wandeln sich diese Zellen im Bereiche der primären Bacillennester in große protoplasmareiche, kubische oder polygonale Zellkörper um, die vollkommen dem entsprechen, was die Autoren als »Epithelioidzellen« des Tuberkels beschrieben haben. Durch diese Vergrößerung der fixen Bindegewebszellen wird die fibrilläre Intercellularsubstanz komprimirt und rareficirt, und mehr und mehr auf jenes zarte Netzwerk reducirt, welches von den Autoren als »Reticulum« des Tuberkels bezeichnet worden ist. Es muss der Punkt noch offen gelassen werden, ob bei der Bildung der epithelioiden Zellen, außer der erwähnten Hypertrophie der fixen Gewebszellen, auch noch eine Hyperplasie, eine Vermeh-

[1] Centralblatt für die med. Wissenschaften 1883. No. 42.

rung derselben, eine wesentliche Rolle spielt; es ist nämlich bisher, trotz Anwendung der zuverlässigsten Methoden, welche an anderen vergleichsweise untersuchten Objekten zu tadellosen positiven Resultaten geführt haben, nur sehr selten geglückt, unzweifelhafte karyokinetische Figuren an den ursprünglichen resp. hypertrophirenden fixen Gewebselementen zu beobachten, so dass bis auf Weiteres anzunehmen ist, dass die Proliferation, die Hyperplasie der fixen Gewebszellen einen nur untergeordneten Antheil an der Bildung der Epithelioidzellen hat und dass diese im Wesentlichen durch eine Hypertrophie der fixen Gewebszellen zu Stande gebracht wird. Auch die vielkernigen Epithelioidzellen, die »Riesenzellen« des Tuberkels, können, eben des Mangels ausreichender karyokinetischer Figuren an den Epithelioidzellen wegen, bis auf Weiteres nicht als aus Kernvermehrung einer einzigen Epithelioidzelle, sondern müssen als durch Verschmelzung mehrerer Epithelioidzellen entstanden gedacht werden, eine bekanntlich mehrfach vertretene Ansicht, mit der sich die histologischen Bilder sehr gut vertragen. Dass die ausgewanderten farblosen Blutzellen nichts mit der Bildung der epithelioiden und Riesenzellen zu thun haben, lässt sich auf das Allerbestimmteste darthun; der Epithelioidzellentuberkel kann bis zur Höhe seiner Entwicklung gelangen, ohne dass auch nur ein einziges leukocythäres Element in seinem Bereiche gefunden zu werden braucht; die vereinzelten Wanderzellen, die sich gelegentlich in ihn hinein verirren, während er im Aufbau begriffen ist, gehen, wie die Beobachtung lehrt, zu Grunde: sie schrumpfen zu eckigen Körperchen zusammen, und zerfallen schließlich in einzelne kleine Körnchen. Während im fertigen Epithelioidzellentuberkel der Iris die Dichtigkeit des, seinen Umfang bestimmenden, Bacillenschwarms eine noch relativ geringe ist, wird diese nun von Tag zu Tag eine größere und nunmehr erst setzt, meist ziemlich plötzlich, ein, in gewaltiger Gefäßdilatation und reichlicher Auswanderung sich aussprechender diffuser Entzündungsprocess des, von zahllosen derartiger Parasitennester durchsetzten, Irisparenchyms ein. Gleichsam als eilten sie zum Kampf mit den zerstörenden fremdartigen Elementen, wandern jetzt die emigrirten Leukocythen in Scharen von der Peripherie her in die Epithelioidzellentuberkel ein. Untersucht man letztere in diesem Stadium, so bieten sie das bekannte typische Bild der Wagner-Schüppel'schen Tuberkelstruktur dar: scharf umschriebene, ganz gefäßlose, zellige Herde, in der Mitte von epithelioiden, und meist auch einer oder mehreren Riesenzellen, am Rande, in mehr oder minder breiter Zone, von lymphatischen Elementen gebildet; das Ganze von einem zarten fibrillären Reticulum durchsetzt. Die Tendenz des Gewebes, der Parasitenwucherung Einhalt zu thun, ist jedoch vergeblich; immer dichter und dichter wird der Bacillenschwarm und Hand in Hand damit geht eine immer neue Einschwemmung von Wanderzellen in den Tuberkelherd, der dadurch vollständig die Struktur eines kleinzelligen, lymphatischen Gewebes, also desjenigen Texturbildes annimmt, welches

Virchow hauptsächlich zur Grundlage seiner bekannten Untersuchungen diente und in welchem er glaubte, die Originärform aller und jeden echten Tuberkelbildung gefunden zu haben. Hat der Iristuberkel einmal diese Stufe des »Lymphoidzellentuberkels« erreicht, dann hat er nur noch ein einziges weiteres Geschick — das ist der Zerfall, der Untergang! Eine Umwandlung des Lymphzellentuberkels der Kanincheniris in den epithelioiden und Riesenzellentuberkel kommt niemals vor.

Nach den, an anderen Lokalitäten und an andersartigen Geweben angestellten, Untersuchungen über die Entwicklung des specifischen Impf- resp. Fütterungstuberkels, geht diese Entwicklung allerorts nach denselben Principien vor sich, wie beim Irisimpftuberkel. Die stattfindenden Unterschiede beziehen sich allein auf die Schnelligkeit resp. Langsamkeit, mit der die einzelnen Stadien des Processes auf einander folgen, ein Verhältnis, welches offenbar abhängig ist von der Menge und Wucherungsenergie der den Tuberkelherd ins Leben rufenden Tuberkelbacillen. Je rapider und massenhafter die Bacillenproliferation sich entfaltet, desto schneller wandelt sich der primäre Epithelioidzellentuberkel in den sekundären Lymphoidzellentuberkel um, ja es kann bei ungewöhnlich schneller und reichlicher Bacillenproduktion vorkommen, dass das Stadium des Epithelioidzellentuberkels gewissermaßen übergangen wird und sich gleich von Anfang an der Lymphzellentuberkel bildet[2], der dann auch um so rascher und vollständiger zerfällt; umgekehrt vollzieht sich, je schleppender und spärlicher die Bacillusproliferation Platz greift, die Umwandlung des primären Epithelioid- in den sekundären Lymphzellentuberkel entsprechend langsamer, ja es kann unter solchen Verhältnissen vorkommen, dass die Tuberkelentwicklung auf dem Stadium des primären Epithelioid- und Riesenzellentuberkels, oder auf einer Übergangstufe von diesem in den Lymphzellentuberkel, stehen bleibt und daran ein langsamer und weniger vollständiger Zerfall sich anschließt[3].

Es ergiebt sich aus diesen Befunden, dass die reinen Lymphzellentuberkel die bösartigsten aller Tuberkelformen darstellen; damit stimmt überein, dass wir sie beim Menschen fast immer nur bei der ganz akuten allgemeinen Miliartuberkulose antreffen, deren Produkte sich durch großen Bacillenreichthum auszeichnen; einen mittleren Grad von Bösartigkeit bekunden nach unseren Beobachtungen die aus lymphoiden und epithelioiden Elementen gemischten Tuberkelformen (Wagner-Schüppel'sche Tuberkel), wie wir sie beim Menschen bei den chronischer verlaufenden Fällen von gene

[2] Dies ist z. B. der Fall bei den Impftuberkeln der Cornea, die durch direkt intralamellöse Injektion von frisch bereiteter Bacillensuspension in das Cornealparenchym entstehen.

[3] Solche Tuberkelformen repräsentiren z. B. diejenigen Experimentaltuberke die durch Fütterung mit abgeschwächten Tuberkelbacillen hervorgerufen sir (vgl. des Verf. Mitth., d. Bl. 1884. No. 2).

ralisirender Tuberkulose vorfinden, und zwar, entsprechend den experimentellen Befunden, als Bildungen, die immer weit weniger bacillenreich sind, als die erstgenannten. Als die relativ gutartigsten Formen hatten wir schließlich die reinen, oder fast reinen, Epithelioid- und Riesenzellentuberkel erkannt, denen wir beim Menschen begegnen in den so häufig lokalisirt bleibenden, und, konform den entsprechenden Tuberkeln des Versuchsthieres, stets sehr bacillenarmen Produkten der skrofulösen Lymphdrüsentuberkulose, des Lupus, der tuberkulösen Gelenkfungi etc.

Die ausführliche, mit Abbildungen ausgestattete Arbeit wird in kurzer Frist folgen.

II. Extractum Piscidiae.

Von

Dr. **Otto Seifert**, Privatdocent in Würzburg.

In No. 2 der Breslauer ärztlichen Zeitschrift berichtet Berger über seine Versuche mit Extractum Piscidiae; dasselbe war bei ca. 80 Kranken ohne jede hypnotische Wirkung, so dass meine Empfehlung, das Mittel als eine Bereicherung unseres Arzneischatzes zu betrachten, verfrüht erscheinen möchte. Nur das Eine giebt Berger zu, dass manche der Kranken eine geringe Erleichterung verspürten und ferner, dass unangenehme Nebenerscheinungen bei dem Gebrauche des Mittels nicht auftraten. Diese negativen Resultate mit dem von mir[1] neuerdings empfohlenen Mittel (Husemann konnte in seiner Arzneimittellehre nur über die Empfehlungen amerikanischerseits berichten) veranlassten mich, einerseits selbst noch einige Versuche mit demselben zu machen und andererseits von Kollegen, welche auf meine Veröffentlichung hin das Präparat angewandt hatten, die Notizen über die hierbei gewonnenen Erfahrungen zu sammeln, um zu einer größeren Anzahl von Beobachtungen zu gelangen. An klinischem Material, an welchem derartige Versuche ja viel besser zu kontrolliren sind als in der Privatpraxis, konnte ich leider meine weiteren Beobachtungen nicht machen, da mir solches seit 1 Jahre nicht mehr zu Gebote steht.

Von 7 Fällen aus meiner Privatpraxis, die mir in den letzten Wochen zur Verfügung standen und als geeignet zur Anwendung des Mittels schienen, waren 6 Pthisiker, meist schon in vorgeschrittenerem Stadium und 1 Emphysem mit Bronchitis.

An letzterer Krankheitsform litt eine 60jährige Frau, die besonders Nachts von sehr quälendem Husten gepeinigt wurde und Morphium nur schlecht vertragen konnte. Bei zweimaliger Anwendung von Extr. Piscid. (0,4) verminderte sich jedes Mal der Husten in der Art, dass Pat. bis gegen Morgen Schlaf fand, dann kamen beim Wechsel der Lage wieder die früheren Beschwerden, die den Schlaf um 1—2 Stunden unterbrachen, dann war wieder Ruhe bis in den Vormittag hinein. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlten.

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 29.

Bei einer 35jährigen Frau mit vorgeschrittener Phthise, bei der auch Opiate wenig Erleichterung brachten, blieb das Mittel völlig wirkungslos; bei einem 2. Fall von Phthise, einer 34jährigen Dame, die Tag und Nacht an sehr quälendem, bellendem Husten litt und an viel Morphium gewöhnt war, trat nach 0,4 Extr. Piscid. keine wesentliche Erleichterung ein, Pat. fühlte nur eine eigenthümliche Schwere und Müdigkeit in den Gliedern. Nach einer zweiten Dosis von 0,5 Extr. Piscid. (an einem späteren Tage genommen) wurde der Hustenreiz bedeutend, jedoch nicht vollständig, gemildert, so dass Pat. ziemlich gut schlafen konnte. Beide Male war des anderen Morgens nach dem Einnehmen des Mittels etwas Übelkeit unangenehm bemerkbar geworden. Auch in einem 3. Falle zeigten sich Dosen sowohl von 0,4 als von 0,5 nur theilweise wirksam.

In den 3 übrigen Fällen konnte ich mit dem Resultate sehr zufrieden sein, nach 0,4 Extr. Piscidiae hörte der vorher so sehr lästige Husten auf, die Pat. konnten die ganze Nacht hindurch schlafen, so dass sie sich Morgens sehr gestärkt fühlten. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlten vollständig. Einer dieser letzteren Fälle erscheint mir noch dadurch bemerkenswerth, dass vorher bestandene äußerst lästige Nachtschweiße in jenen Nächten, an deren vorausgehenden Abenden Extr. Piscid. genommen war, vollständig ausblieben.

Den Herren Kollegen, welche mir ihre Notizen mit größter Zuvorkommenheit zur Verfügung stellten, spreche ich meinen verbindlichsten Dank aus, es sind das die Herren Elenz in Wiesbaden, Flach in Aschaffenburg, Neidert in Baden-Baden, Schmitt in Aschaffenburg und Wittmer in Lambrecht.

Die Herren Kollegen bezogen das Extr. Piscid. theilweise von hier, in Form des trockenen, theilweise von Merk in Darmstadt in Form des flüssigen Extraktes.

Aus der Zusammenstellung sämmtlicher Beobachtungen geht hervor, dass das Mittel in Anwendung gezogen wurde bei 25 Fällen von Phthisis pulmonum meist vorgeschritteneren Stadiums, bei 1 Fall von Asthma bronchiale, bei 3 Fällen von Neurasthenie und 1 Fall von Schlaflosigkeit in Folge von Entziehung der gewohnten Quantität Bieres. In letzterem Fall fand nur einmalige Anwendung des flüssigen Extraktes statt ohne jeden Erfolg. Bei einem der 3 Fälle von Neurasthenie zeigte sich gute Wirkung, wo vorher Bromnatrium (5 g) ohne Effekt gegeben war.

Ein gleiches Resultat wie bei der Agrypnie in Folge der Alkoholentziehung gab die Anwendung des Extr. Pisc. bei einem Fall von Asthma bronchiale.

Ein übereinstimmendes Resultat fehlt auch in den 25 Fällen von Phthisis pulmonum. 7 solcher Kranken, von denen 5 an große Dosen Morphium gewöhnt waren, konnten keine Minderung des Hustens konstatiren, einer derselben erklärte, dass sein Husten stärker geworden sei. Diese Beobachtung hat wohl ihren Grund in dem Aussetzen der gewohnten Dosis Morphium. Auch von diesen Kranken klagte einer über Übelkeit am Morgen, wenn am Abend vorher Extr. Pisc. genommen war. Sonstige unangenehme Nebenerscheinungen traten nicht auf.

Ein nur theilweiser Erfolg ist in 6 Fällen zu verzeichnen, entweder in der Weise, dass die Beschwerden nur in mittlerem Grade gemäßigt wurden oder dass das Präparat nur eine Zeit lang (14 Tage bis 3 Wochen) prompt wirkte und dann allmählich oder plötzlich in seiner Wirkung versagte.

In den übrigen 12 Fällen konnte auch bei zum Theil mehrwöchentlichem Gebrauch (bis zu 6 Wochen) eine sehr gute Wirkung, speciell was die Milderung des Hustens anlangt, konstatirt werden. In 3 dieser Fälle, war Morphium vorher viel weniger wirksam gewesen und in 1 Fall wurde Extr. Pisc. desshalb ordinirt, weil gegen Morphium Widerwille (oder Vorurtheil) bestand. In all diesen Fällen fehlten unangenehme Nebenerscheinungen.

Die Dosirung war die gleiche wie die von mir angegebene für das trockene Extrakt, nämlich 0,3—0,5, für das flüssige Extrakt ein Theelöffel voll in Wasser.

Aus der Gesammtsumme unserer Beobachtungen ergiebt sich denn doch, dass bei einer Reihe von Krankheitszuständen dem Extractum Piscidiae eine hypnotische Wirkung zukommt. Ob die Differenz in den von Berger und in den von mir gewonnenen Resultaten in einer Verschiedenheit der in Gebrauch gezogenen Wurzeln zu suchen ist (eine Möglichkeit, die Berger anführt), kann ich nicht entscheiden.

Die größere Reihe von günstigen Resultaten bei Phthisis pulmonum erlaubt mir, auch jetzt noch an dem früher aufgestellten Satze festzuhalten, dass gerade bei dieser Krankheitsform in der Mehrzahl der Fälle von einer guten Wirkung gesprochen werden kann.

Ob man das Präparat im allgemeinen Sinne als Hypnoticum bezeichnen und gebrauchen kann, darüber müssen erst noch weitere Versuche entscheiden.

Als vortheilhaft bei der Anwendung dieses Mittels sehe ich den Mangel an unangenehmen Nebenerscheinungen an; nur zweimal trat etwas Übelkeit auf, ob mehr zufällig oder durch das Mittel hervorgerufen, steht noch in Frage.

Eine wesentliche Einwirkung auf die Herzthätigkeit scheint nicht aufzutreten, Berger hat nur geringe Verminderung der Pulszahl, ich gar keine Veränderung in der Herzthätigkeit gesehen.

Auffallend erscheint mir in dem einen der von mir beobachteten Fälle von Phthisis pulmonum, dass die Nachtschweiße nach dem Gebrauch von Piscidia aufhörten, während ich früher keine Verminderung konstatiren konnte und von anderer Seite sogar Vermehrung der Schweiße berichtet wird.

Nachtrag: Fischer in Kanstatt sah bei zwei Fällen von nervöser Schlaflosigkeit wochenlang guten Erfolg vom flüssigen Extr. Piscidiae in Dosen zu 3,0—4,0. Bei einem weiteren Fall versagte es gänzlich.

---

1. C. Gerhardt. Über Intermittensimpfungen.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 4. p. 372.)

G. weist darauf hin, dass das Eindringen der Malarianoxe in den menschlichen Organismus nicht immer auf direktestem Wege und unmittelbar von dem Malariaboden aus erfolgt. Bekannt ist, dass bei Schwangeren durch mütterliches Blut Infektion der Frucht eintritt. Ferner ist beobachtet, dass Ammen die Säuglinge ansteckten, so dass offenbar die Milch den Infektionsstoff enthalten muss. Aber auch umgekehrt soll sich von malariakranken Säuglingen die Krankheit auf vordem gesunde Ammen überpflanzt haben. Büchner will Ansteckung durch Schweiß beim Zusammenschlafen beobachtet haben. Cuboni und Marchiafava überimpften Blut mit Erfolg auf Thiere, Dochmann fand beim Menschen den Inhalt von Herpesbläschen der Intermittenskranken bei subkutaner Anwendung wirksam.

G. zeigt in zwei Fällen, dass Blut, welches zur Zeit der Pyrexie Intermittenskranken entnommen und Gesunden subkutan injicirt wurde, bei letzteren Intermittens erzeugte. In dem ersten Falle gingen 12, in dem zweiten 7 Tage hin, bevor sich die ersten krankhaften Störungen bemerkbar machten. Es stellten sich anfänglich unregelmäßige, dann typische Fieberanfälle ein, deren Akme immer auf die Zeit der subkutanen Injektion fiel. Im Allgemeinen verlief die künstlich erzeugte Intermittens unregelmäßiger und musste beide Male durch Chinin unterdrückt werden. Bemerkenswerth erscheint uns noch an diesen interessanten Versuchen, dass die Milzvergrößerung den Fieberausbrüchen voranging.

Eichhorst (Zürich).

---

2. Th. Hering. Über Pharyngomykosis leptothricia. (Gelesen in der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Freiburg i/B. 1883.)

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 4. p. 358.)

H. hat im Laufe der letzten 2 Jahre 6 Kranke mit der seltenen Affektion behandelt, in 3 Fällen die Mandeln entfernt und dadurch Material für genauere histiologische Untersuchung gewonnen. Die Gesammtsumme der bisher bekannt gewordenen Erkrankungen beziffert sich auf 14, worunter 6 Männer und 8 Frauen. Das Alter der Pat. schwankte zwischen $12^1/_2$—62 Jahren, doch kam die Erkrankung am häufigsten zwischen dem 28.—35. Lebensjahre zum Ausbruche. Meist waren beide Tonsillen betroffen, in der Hälfte der Fälle außerdem noch der Zungengrund, in 2 Fällen allein die rechte Mandel. In der Regel machten sich nur lokale Veränderungen bemerkbar; in acht Fällen wurde auch über Trockenheit im Schlunde, Dysphagie, Kitzelgefühl und Hüsteln geklagt. Bei 3 Kranken machten sich auch Abmagerung, Schwächegefühl und Dyspepsie bemerkbar.

Die lokalen Veränderungen äußern sich in weißlichen, gelblichen, graulichen Knötchen oder stachelartigen Exkrescenzen, welche theils

in den Krypten der Tonsillen, theils auf der Schleimhaut derselben, auf Gaumenbogen und hinterer Rachenwand, theils auf den Papillen circumvallalar und in den Balgdrüsen des Zungengrundes sitzen. Von Diphtherie und Tonsillitis follicularis unterscheidet sich die Erkrankung durch Mangel aller entzündlichen Erscheinungen, von Konkrementen bei chronischer Tonsillitis durch differente mikroskopische Bestandtheile. Denn während Konkremente aus verfetteten Epithelien, Kalkniederschlägen, Cholestearinkrystallen und Bakterien bestehen, mit vereinzelten Leptothrixfäden, findet man bei Pharyngomykosis kernlose und schollenartige Plattenepithelien, Fadenpilze, welche Klebs als Leptothrix bestimmte, und Zoogloeamassen. Man kann kürzere und längere Stäbchen unterscheiden, welche stellenweise büschelförmig angeordnet erschienen. Auf Jodzusatz färbt sich ihr Inhalt blau, doch nur streckenweise, so dass der Eindruck von Scheidewänden (ungefärbten) entsteht. Auch die Zoogloeamassen nahmen durch Jod theilweise blauen Farbenton an. Neben der Wucherung des Leptothrix gingen Verdickung und Verhornung der Epithelschichten auf Schleimhaut und in den Krypten der Tonsillen Hand in Hand, die Schleimdrüsen waren wenig verändert, entzündliche Veränderungen fehlten. Impfversuche an Thieren ergaben kein Resultat. Entfernung der Auflagerungen mittels Pincette, Anwendung des Galvanokauters, Mandelexcision erscheinen als passendste Heilmittel, doch ist das Leiden hartnäckig und recidivirt gern. Ein Pat. (Arzt) erzielte Heilung durch Cigarrenrauchen, nachdem er längere Zeit auf andere Weise vergeblich behandelt worden war.

Eichhorst (Zürich).

---

3. **P. K. Pel.** Zur Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Pleuritis, nebst Bemerkungen über den Werth der Probepunktionen.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 4. p. 335.)

Verf. betont, dass die Unterscheidung zwischen Pneumonie und Pleuritis nicht immer leicht ist, und dass er in 400 Fällen von Lungenentzündung 15 auf der Stokvis'schen Klinik beobachtete, also ca. 4%, in denen sich diagnostische Schwierigkeiten zeigten. Im Allgemeinen hat man bei der Differentialdiagnosis auf das Verhalten des Nierenfremitus den Hauptwerth zu legen, aber es können trotzdem alle physikalischen Zeichen trügen. Vielfach bringen noch Allgemeinerscheinungen z. B. Auswurf, Beginn der Krankheit etc. Entscheid, fehlen aber auch diese, so greife man zur Probepunktion. Allein Probepunktion beweist nur dann Vorhandensein eines pleuralen Fluidums, wenn sie positives Ergebnis hat; Verf. zeigt an einem ausführlicher mitgetheilten Beispiele, dass man ein mächtiges rechtsseitiges Empyem, bei welchem die Probepunktion 6mal vergeblich ausgeführt war, darauf hin fälschlich für eine sog. massive Pneumonie gehalten hatte, bis die Sektion den Irrthum aufklärte.

Eine Pneumonie wird leicht für Pleuritis gehalten, wenn die Bronchialwege mit Sekret verstopft oder durch überhandnehmende Lungeninfiltration komprimirt sind, oder wenn es sich um eine massive Pneumonie handelt, bei der nicht nur die Lungenalveolen, sondern auch die zuführenden Bronchialwege mit festen Massen erfüllt sind. Das Gleiche ist bei dicker Schwartenbildung auf den Pleuren der Fall. Auch ist es oft schwierig Pleuritis neben fibrinöser Pneumonie zu erkennen. Meist ist die komplicirende Pleuritis sero-fibrinöser Natur, doch beobachtete Verf. bei einer Pneumonieepidemie auffällig oft eitriges Exsudat, welches nicht selten in die Luftwege durchbrach und schnell zur Heilung gelangte. In 3 Fällen unter 400 kam ausgebreitetes (rechtsseitiges) pleuritisches Exsudat auf der einen, Pneumonie auf der anderen Seite vor, diagnostisch schwierige Fälle.

Vorhandene Pleuritis kann leicht für Pneumonie gehalten werden, wenn ausgedehnte Verwachsung der relaxirten und luftleeren Lunge mit der Wirbelsäule besteht.

Eichhorst (Zürich).

---

4. **Minkowski.** Primäre Seitenstrangsklerose nach Lues. (Aus der med. Klinik des Prof. Naunyn zu Königsberg.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. Hft. 4.)

19jährige Arbeiterin, 1881 mit syphilitischen Sekundärerscheinungen aufgenommen; Schmierkur. Nach einigen Monaten wieder Exanthem; nach einer zweiten Schmierkur geheilt entlassen. Seitdem entwickelt sich eine Lungenphthise, in den letzten Monaten 1881 zugleich Schwäche der unteren Extremitäten, Zittern beim Gehen. Bei der Aufnahme, 1882, Unmöglichkeit zu gehen; bei Führung unsicherer, schleppender Gang, Zittern der unteren Extremitäten. Sensibilität ganz intakt. Sehnenreflexe erheblich gesteigert. Ob Widerstand bei passiven Bewegungen durch Muskelrigidität vorhanden war, wird nicht erwähnt, nur gesagt, dass alle Bewegungen aktiv und passiv ausführbar. Obere Extremitäten nicht wesentlich betheiligt. Blase und Mastdarm intakt. Unter Schmierkur Besserung der Motilitätsstörung und Abnahme der Intensität der Sehnenphänomene, Abnahme des Tremor der unteren Extremitäten — trotz Fortschreiten der Phthise, die im Juli 1882 zum Tode führte. Im März war »der Gang sicher, ohne Schwanken«.

Das Rückenmark zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung eine Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen und der Kleinhirnseitenstrangbahnen von der Pyramidenkreuzung an bis ins Lendenmark; im letzteren und im Dorsalmark genau den betreffenden Territorien an Ausdehnung entsprechend, im Cervikalmark besonders links an Intensität abnehmend. Geringe Abnahme der Zahl der Ganglienzellen in den Clarke'schen Säulen und in der medialen vorderen Gruppe der Vorderhörner in der Cervikalanschwellung. Verf. betrachtet seinen Fall als sowohl klinisch

übereinstimmend mit dem Bild der Erb'schen spastischen Spinalparalyse, als anatomisch einer primären Lateralsklerose entsprechend. Die geringfügige Affektion der vorderen grauen Substanz im Cervikalmark hält er für sekundär. Es ist zu erinnern, dass die Erkrankung der Kleinhirnseitenstrangbahnen jedenfalls schon eine Komplikation der Affektion der Pyramidenseitenstrangbahnen, der Fall also eine kombinirte Systemerkrankung darstellt; bezüglich der Betheiligung der Vorderhörner ist auf die kritische Bemerkung Westphal's zum Fall Morgan-Dreschfeld in einem kürzlich erschienenen Aufsatz (Archiv für Psychiatrie Bd. XV Hft. 1: Über einen Fall von sog. spastischer Spinalparalyse etc.) zu verweisen. Als Beispiel einer primären isolirten Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen kann auch M.'s Fall sicher nicht gelten. Für den Zusammenhang mit Lues spricht Verf. der Einfluss der Behandlung auf das spinale Leiden; der anatomische Charakter der Erkrankung ist ihm in dieser Beziehung nicht beweisend. **Eisenlohr** (Hamburg).

---

5. **H. Curschmann** und **C. Eisenlohr.** Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes zoster. (Aus dem allgemeinen Krankenhause in Hamburg.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. Hft. 4. p. 409.)

Verff. sind der Ansicht, dass man bei der Ätiologie des Herpes zoster zu sehr Erkrankung der Spinalganglien in den Vordergrund gedrängt und darüber die nicht seltenen peripheren nervösen Ursachen übersehen hat. Mitunter mögen letztere vielleicht rein funktioneller Natur sein. Auch kann es geschehen, dass die Spinalganglien erst sekundär bei Herpes zoster erkranken, indem sich auf sie von den peripheren Nerven aus Veränderungen fortgepflanzt haben. Verff. berichten über zwei eingehend untersuchte Fälle von Herpes zoster aus peripheren Ursachen. Der erste Fall betrifft einen 70jährigen Mann, bei dem sich Herpes zoster auf rechter Schulter und entsprechendem Arme einstellte, nachdem Neuralgie einige Zeit vorausgegangen war. Mehrere Wochen nach Abheilung des Herpes bildeten sich im Bereiche der betroffenen Hautnerven multiple Knötchen. Ein Theil wurde excidirt und erwies sich als Perineuritis nodosa: Blutungen, Emigration von weißen Blutkörperchen aus den Gefäßen des Bindegewebes, Schwellung der bindegewebigen Zellen bei Intaktheit der Nervenfasern. Späterhin ließen die neuralgischen Beschwerden nach und bildeten sich die Knoten zurück. Als der Pat. einer Lungenerkrankung erlag, fand man Spinalganglien und Rückenmark unversehrt. Auch in einem anderen nur während des Lebens beobachteten Falle kam es zuerst zu Neuralgie im Gebiete rechtsseitiger Gefäßnerven, dann zu Herpeseruption und schließlich zur Bildung von Nervenknötchen, die theilweise spontan schwanden. In einer dritten Beobachtung entwickelte sich Herpes zoster über der elften

Rippe und im letzten Interkostalraum. Bei der Sektion fand man blutige Infiltration der betreffenden Muskelpartien und des perineuralen Bindegewebes, Intaktheit der Nervenfasern, der Spinalganglien, der Rückenmarkshäute und Rückenmarkswurzeln.

Eichhorst (Zürich).

---

6. P. Michelson (Königsberg). Über Dujardin-Beaumetz's »Femme autographique« und Urticaria facticia im Allgemeinen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 6 u. 7.)

Die »Femme autographique« von Dujardin-Beaumetz bot ein exquisites Beispiel eines Hautphänomens dar, das, wie M. hervorhebt, keineswegs neu und ungewöhnlich und schon mehrfach beschrieben ist. Dasselbe ist treffend als »künstliche Urticaria« zu bezeichnen und besteht darin, dass mechanische Reize (Streichen mit einem stumpf-spitzen Gegenstand) zunächst einen rothen Streif, nach einigen Minuten unter Ausbreitung der peripheren Röthe eine quaddelartige Erhebung von weißer Farbe hervorrufen. Letztere Erhebungen, die sich streng an den Verlauf der mechanischen Reizung halten, persistiren stundenlang. In Dujardin-Beaumetz's Fall handelte es sich um eine 29jährige hereditär neuropathisch belastete Frau mit zahlreichen hysterischen Symptomen, speciell einer fast totalen Anästhesie der gesammten Hautdecke.

M. stellt das bis jetzt über die künstliche Urticaria Bekannte, von Batemann an, zusammen und bemerkt, dass sich (nach Köbner) »die Inskriptionsmethode« zur objektiven Diagnostik jeder Urticaria eigne. Er berichtet dann über 5 selbst beobachtete Fälle, bei denen das Phänomen in ausgezeichneter im Wesentlichen übereinstimmender Weise ausgeprägt war. In einem dieser Fälle war möglicherweise die erhöhte Irritabilität der Vasomotoren in Zusammenhang mit einer vor Jahren erlittenen Schusswunde am Halse (Verletzung des N. auricular. magnus?), in den übrigen Fällen war weder Heredität noch besondere neuropathische Disposition nachzuweisen; in Fall I und III konnte an eine Beziehung der Steigerung dieser Irritabilität zu Reizungszuständen der Urethralschleimhaut (G. Lewin) gedacht werden.

Was die Pathogenese der betreffenden Hautveränderung anbetrifft, die in der willkürlich hervorzurufenden Form als dieselbe zu betrachten ist, wie bei der spontan, d. h. auf innere Reize entstehenden Urticaria, so nimmt M. in Übereinstimmung mit den meisten Autoren an, dass dem Vorgang eine allgemein gesteigerte Erregbarkeit der vasomotorischen Hautnerven zu Grunde liegt, welche in einem, eventuell durch Gefäßkrampf eingeleiteten, angioparalytischen Zustand zum Ausdruck gelangt. An dem centralen Theil der Quaddel kommt es zur Exsudation von Plasma, an den peripheren Theilen zur Gefäßdilatation. Die von Gull vertretene Ansicht, dass die

Hautwälle der Urticaria facticia durch Dermatospasmus zu Stande kommen, weist M. zurück. Immerhin ist als Theilerscheinung des Phänomens ein Krampf der Hautmuskeln, Cutis anserina, zu beobachten. Die erhöhte Reizbarkeit der vasomotorischen Hautnerven kann Folge vorübergehender äußerer oder innerer Irritamente sein, aber auch als essentielle, oft angeborene Eigenthümlichkeit dem Individuum anhaften. Man spricht dann von Urticaria chronica, Nesselsucht, Cnidosis. Die Cnidosis scheint besonders im Gefolge arthritischer, dyspeptischer und hysterischer Zustände vorzukommen. Ein Beispiel der letzteren Kategorie ist Dujardin-Beaumetz's Fall. Die Thatsache, dass bei diesem die Urticaria facticia auf anästhetischen Hautbezirken vorkam, lässt immerhin die Annahme eines reflektorisch von den sensiblen Nerven aus erzeugten Vorgangs zu, als Ort der Übertragung des sensiblen Reizes müssten die vasomotorischen Centren in der Medulla oblongata und spinalis angesehen werden.

Bei der geringen Aussicht, die Ursache der angioneurotischen Disposition dauernd zu heben, darf man sich bezüglich der Heilbarkeit der Affektion keinen Illusionen hingeben. Unter den medikamentösen Mitteln wird das salicylsaure Natron (1,5—3,0 täglich), das Atropin (1/2—3 und 4 mg), das Chinin hydrobromic. (0,5—0,6 täglich, durch 2 Wochen, mehrmals wiederholt — Vidal), das Ergotin (Tagesdosen à 1,0) erwähnt. Von allgemeinen Heilmitteln kalte Bäder, der Gebrauch der indifferenten Thermen, Wechsel des Aufenthaltsortes.

Eisenlohr (Hamburg).

---

7. **O. Berger.** Extractum Piscidiae als Hypnotikum.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 2.)

B. kann die Angabe von Seifert (Würzburg), dass das Extract. Piscidiae ein brauchbares Narkotikum besonders bei Phthisikern sei, nicht bestätigen. Versuche bei 80 Kranken der verschiedensten Art mit einem Fluid Extrakt von der Firma Parke Davis & Co. so wie mit einem von Gehe & Co. bereiteten Fluid Extrakt und schließlich mit einem Extrakt, das hier aus einer von Gehe & Co. bezogenen Wurzelrinde bereitet wurde, waren durchaus negativ.

Kayser (Breslau).

Kasuistische Mittheilungen.

8. **British Medical Association.** 45. Versammlung 1883.

(Aus den Sektionssitzungen nach Brit. med. journ. 1884. [Fortsetzung.])

In der Sektion für innere Medicin sprach W. R. Thomas: Über Varietäten der Phthise und die Heilbarkeit einiger derselben in gewissen Stadien. Der Vortrag enthält mancherlei praktische Rathschläge für Ernährung und Behandlung, aber nichts wesentlich Neues. Solomon C. Smith sprach über antiseptische Inhalationen und stellte die bekannten hier zu

erfüllenden Desiderata auf. Auf diese beschränkte sich übrigens der Redner, der ein Verfahren und Resultate noch nicht mitzutheilen hatte. Weitere Vorträge hielten: Withers Moore: Über Wärmebildung im Fieber (Stoffwechseluntersuchungen in einem Falle von idiopathischer Anämie mit Fieber, dessen Gang nicht nach den bisherigen Anschauungen zu erklären war), Thomas M. Dolan: Über den Gebrauch des Schwefelcalciums bei der Krätzkur (Empfehlung dieses Präparates gegenüber der Schwefelsalbe), J. A. Makenzie: Über Ruptur des Herzens (kasuistische Mittheilung; Spontanruptur bei hochgradiger Fettdegeneration der Muskulatur und Atherom der Coronararterien). In der Sektion für Kinderkrankheiten sprach H. Tomkins: Über Typhus im Kindesalter.

Edinger (Frankfurt a/M.).

9. Herterich. Ein Fall von Fütterungstuberkulose beim Menschen.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 26.)

Eine Frau, die ihren phthisischen Mann gepflegt hatte, erkrankte 2 Jahre nach dem Tode ihres Mannes selbst an Phthise, nachdem sie sich in der Zwischenzeit wieder verheirathet hatte und in schlechte äußere Verhältnisse gekommen war.

Bei den 2 jüngsten Kindern dieser Frau stellten sich einige Monate später, nachdem sich bei der Mutter die ersten Zeichen tuberkulöser Erkrankung gezeigt hatten, die Symptome akuter Tuberkulose ein, an denen sie rasch zu Grunde gingen. Zwei Kinder erster Ehe und das Erstgeborene aus zweiter Ehe blieben gesund.

Die beiden an Tuberkulose zu Grunde gegangenen Kinder waren von der bereits tuberkulösen Mutter in der Weise gefüttert worden, dass die Suppen und der Brei erst von der Mutter etwas gekaut, dann in den Löffel zurückgespuckt und den Kindern eingeflößt wurden.

Es ist wohl kaum zu bezweifeln, dass auf diese Weise viel Infektionsmaterial in den kindlichen Organismus hineingebracht wurde. Die während des Lebens nachgewiesenen tuberkulösen Geschwüre des Mundes und die bei der Sektion gefundene Affektion des Darmtraktus: katarrhalische Zustände des Darmes, Schwellung der Mesenterialdrüsen, so wie die Tuberkeleruptionen in den drüsigen Organen des Unterleibes lassen sehr wohl die Annahme zu, dass die Infektion von den Verdauungsorganen aus erfolgte.

Seifert (Würzburg).

10. A. Weichselbaum. Über Tuberkulose des Ösophagus.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 6 u. 7.)

Ein nach jeder Richtung hin genau untersuchter Fall dieser seltenen Affektion. Der tuberkulöse Process hatte in den Lymphdrüsen des Halses begonnen und diese waren dann sowohl in die Trachea, wie in den Ösophagus perforirt. Beide, Trachea wie Ösophagus, zeigten eine ausgedehnte Tuberkulose in den verschiedensten Entwicklungsstadien derselben mit sehr zahlreichen Bacillen; die Tuberkulose war unterhalb der Perforationsöffnungen bedeutend stärker entwickelt, als oberhalb, die Affektion der Lungen war verhältnismäßig gering (sie wurde auch klinisch erst im späteren Verlauf der Erkrankung konstatirt); der Magen war frei. Verf. nimmt — wobei er wohl allgemeine Zustimmung finden wird — eine Infektion mittels des durch die Perforationsöffnungen herabfließenden Lymphdrüseneiters an. Erscheinungen während des Lebens hatte die Affektion des Ösophagus nicht hervorgebracht.

Strassmann (Leipzig).

11. Erlenmeyer. Zur Lehre von den Koordinationsstörungen im Kindesalter.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1883. No. 17.)

Ein Sohn blutsverwandter aber nicht nervenkranker Eltern erkrankt im Alter von $4^3/_4$ Jahren an einer 3wöchentlichen akut fieberhaften Affektion, bei welcher es zu Anfällen von Konvulsionen mit Nackenstarre, Aufschreien und Schielen kam. Hiervon genas er vollständig. Fünf Monate später entwickelte sich Strabismus

danach Unsicherheit des Ganges, und sodann beständige Unruhe in den Armen, die nur im Schlafe cessirte. Vorübergehend trat Nystagmus auf. Nie excentrische Schmerzen, Parästhesien oder Gürtelgefühl.

Verf. sah den Knaben 3 Jahre später (1877), fand ihn wohlgenährt, von blühendem Aussehen. Am rechten Auge Strabismus internus, rechte Pupille weiter, als die linke; das rechte untere Augenlid in beständigem Zucken.

Zuckungen in den unteren Gesichtsmuskeln und der Zunge, Sprache undeutlich, schwerfällig.

In den Beinen hochgradigste Ataxie, Gang dem eines schweren Tabetikers ähnlich. Beim Stehen fortwährendes Schwanken des Rumpfes und Kopfes. Beim Schluss der Augen stürzt er sofort zusammen. Soll er sitzend mit den Beinen geordnete Bewegungen ausführen, so fuchtelt er wild und ungeordnet mit den Beinen umher. Ohne Bewegungsimpulse hält er dagegen die Beine vollkommen ruhig.

Obere Extremitäten in fortwährender Bewegung; an vorgehaltenen Gegenständen greift er vorbei.

Patellarreflexe und Fußphänomen fehlen vollständig beiderseits.

Sensibilität an Armen wie an Beinen völlig intakt. Blasen- und Mastdarmfunktion in Ordnung.

Psyche, Gedächtnis funktioniren normal.

Der Knabe blieb drei Monate in der Behandlung. Auf Galvanisation (Ka labil an die Stirn) heilte der Strabismus, alles Übrige blieb unverändert; und noch im August 1883 (6 Jahre später) hat sich das Bild nicht wesentlich geändert. Eine Schriftprobe giebt ein Bild der Ataxie beim Schreiben.

Verf. fasst den Fall als hereditäre Ataxie (im Sinne Friedreich's) auf: lokomotorische Ataxie der Extremitäten, statische Ataxie des Rumpfes. Das wesentliche ätiologische Moment sieht er in der Abstammung des Kranken aus einer Ehe unter nahen Blutsverwandten (Vetter und Base). Die akute Erkrankung, die er für eine cerebrospinale Meningitis hält, sei nur der Anstoß zum Durchbruch der ererbten Disposition gewesen. **Heubner** (Leipzig).

12. **Eisenlohr.** Meningitis spinalis chronica der Cauda equina mit sekundärer Rückenmarksdegeneration, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 4.)

30jähriger Kaufmann, vor 11 Jahren Syphilis; im Laufe des letzten Jahres Obstipation und unangenehme Sensationen in der Aftergegend, dann motorische Schwäche in den Unterextremitäten (besonders links); Incontinentia urinae, plötzliche Lähmung des rechten Beines während einer Seereise. Bei der Aufnahme ins Hamburger Krankenhaus (1876) Lähmung von Mastdarm und Blase, eitriger Katarrh der letzteren; Paralyse des rechten, Schwäche des linken Beines; starke Herabsetzung der Hautsensibilität besonders links; dumpfe beharrende Schmerzen in unteren Extremitäten und Mastdarm, Harndrang. Später Decubitus, schmerzhafte Muskelzuckungen; faradische Nerven- und Muskelerregbarkeit links wenig herabgesetzt, rechts bedeutend vermindert, resp. aufgehoben; in den Muskeln rechterseits exquisite Entartungsreaktion. Im Februar 1878 Selbstmordversuch durch Eröffnung der Radialarterien; Tod im darauffolgenden Monat unter Koma. Die Sektion ergab Verwachsung der Dura von der Höhe des 10. Dorsalnerven abwärts mit der Pia, sulzige Trübung und Verdickung der letzteren; die Nerven der Cauda equina durch von der verdickten Pia ausgehende bindegewebige Septa fest untereinander verlöthet; die hinteren Wurzeln dünn und grauroth, die vorderen größtentheils weiß. Das Rückenmark zeigt im Sacraltheil eine dunkelbraungraue Verfärbung der Hinterstränge in toto, in der grauen gelatinös durchscheinenden Masse einige weißgelbe Streifen und Fleckchen; eben so im Lumbal- und unteren Dorsaltheil; weiter aufwärts nimmt die Degeneration der Hinterstränge die Form eines regulären in der Mitte gelegenen Keils an; im Halstheil sind die hinteren Partien der Goll'schen Stränge grau verfärbt mit eingelagerten weißgelben Streifen. Die letz-

teren erweisen sich bei mikroskopischer Untersuchung als Konglomerate von großen Körnchenzellen, die in der Umgebung der Gefäße massenhaft angehäuft; außerdem zahlreiche Corpora amylacea. Die Faserbündel der hinteren Hälfte der Cauda equina enthielten fast nur degenerirte Nervenfasern; die vorderen Abschnitte zeigten zum Theil noch markhaltige verdünnte Fasern; die hinteren Wurzeln rechts vollständiger degenerirt, links noch in ansehnlicher Zahl normale Fasern enthaltend.

A. Eulenburg (Berlin).

13. Heinlein. Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf der Basis des akuten Gelenkrheumatismus.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 30.)

Ein 11jähriges Mädchen, deren Tante an »Veitstanz« gelitten hatte, erkrankte an akutem Gelenkrheumatismus mit mäßigem Fieber und geringer Affektion einiger Gelenke. Unter Salicylbehandlung war am 4. Krankheitstage bedeutende Besserung eingetreten, dafür hatte sich eine vollendete linksseitige Hemichorea entwickelt und die Erscheinungen einer Endokarditis. Die Chorea erreichte innerhalb eines halben Tages eine große Heftigkeit, blieb wenige Tage auf gleicher Höhe, intermittirte nur einige Stunden, um dann sofort in der kürzesten Zeit wieder die höchste Exacerbation zu gewinnen und sich zugleich mit einer stürmisch einsetzenden und rasch zu gänzlichem Bewusstseinsverlust führenden Geistesstörung zu verbinden. Nach 7tägigem Bestehen erfolgte ein rapider Nachlass der choreatischen Erscheinungen und damit erreichte auch die Psychose in ihrer Akuität ein Ende. Diese Psychose zeigte sich unter dem Bilde des Delirium acutum, an das sich ein über einige Wochen hingezogener stuporöser, schwachsinniger Zustand anschloss.

Schließlich kam noch eine Pleuritis, Perikarditis hinzu, die dann den tödlichen Ausgang bewirkten.

Auffallenderweise war bei der Sektion der Befund am Gehirn nahezu negativ, eine geringfügige hämorrhagische Pachymeningitis konnte erst in den letzten Lebenstagen sich entwickelt haben.

Seifert (Würzburg).

14. J. Dixon Mann. Über Serratuslähmung.

(Lancet 1884. I. p. 201 u. 247.)

Verf. theilt 4 Fälle von Serratuslähmung mit. Zwei Symptome, die früher für pathognomonisch galten, sind neuerdings in Frage gestellt worden, die schiefe Stellung des inneren Scapularrandes bei hängendem Arme und das Unvermögen den Arm auf die Horizontale zu bringen. In den untersuchten Fällen stand die Scapula höher und näher an der Mittellinie, der untere Winkel war leicht nach innen erhoben. Verf. untersucht an der Hand der eigenen und der früher publicirten Fälle sehr genau die Muskelwirkungen, welche das zu Stande bringen. Was die Stellung des Armes angeht, so konnte ein Pat. ihn sogar noch etwas über die Horizontale bringen. Auch dieser Punkt wird eingehend analysirt und erörtert.

Edinger (Frankfurt a/M.).

15. Maurel. Albumines normales et pathologiques.

(Progr. méd. 1883. No. 35.)

Die Eiweißkörper zerfallen in zwei große Kategorien, je nachdem sie mit alkalischer Kupferlösung eine violette oder aber grüne Färbung ergeben. Zu der ersten Reihe gehören die hydropischen Flüssigkeiten, der Eiter, das Harneiweiß bei Morb. Bright., der Stauungs- und Schwangerschaftsniere, zu der zweiten die Albuminurie bei Pneumonie, Diphtherie, Variola, Typhus, Malaria und den Entzündungsfiebern. Diese Fieberalbumine verhindern außerdem gleich den Peptonen die Reduktion der Kupfersalze durch Traubenzucker und stehen als »modificirte« Albumine dem Verdauungseiweiß nahe.

Fürbringer (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Nothnagel, Rühle,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, P. Ehrlich, D. Finkler, A. Fränkel,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 16. Sonnabend, den 19. April. **1884.**

(Aus dem pharmakologischen Institut in Bonn.)

I. Experimenteller Beitrag zur Theorie der Narkose.

Von

Dr. G. Bodländer.

Die Frage, welcher Zusammenhang bestehe zwischen der chemischen Zusammensetzung der Arzneistoffe und ihrer Wirkung auf den Organismus, scheint am ehesten ihrer Lösung entgegengeführt werden zu können, wenn man bei einer großen Gruppe von Stoffen ähnlicher Wirkung das Übereinstimmende ihrer chemischen Konstitution zu erkennen sucht und dieses als die Ursache jener ansieht. Eine Reihe ähnlich wirkender Stoffe bietet sich uns in den Narkoticis, für die eine allgemeine Theorie zwar fehlt, für deren einen Theil, d. h. die chlor-, brom- und jodhaltigen und die aktiven Sauerstoff abspaltenden Substanzen, Binz[1] dargelegt hat, wie man den Einfluss,

[1] Binz, Ozonisirte Luft, ein schlafmachendes Gas. Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 1, 2 u. 43.

den sie auf den Organismus ausüben, aus dem Gemeinsamen ihrer chemischen Zusammensetzung ungezwungen deuten kann. Binz sagt (p. 647):

»Die drei mit starken Affinitäten begabten Elemente Chlor, Brom und Jod, und ihnen sich anschließend der seine Affinitäten frei machende Sauerstoff des Ozons, frei aber in mäßigster Menge an die Zellen der Gehirnrinde herankommend oder an ihnen sich entwickelnd, bedingen Störung oder vorübergehenden Stillstand ihrer specifischen Funktionen.«

»In der Gehirnrinde vollzieht sich dasselbe, was wir an beliebigem lebendem Protoplasma demonstriren können. Jede arbeitende Zelle, welche wir unter den Einfluss von Chlor-, Brom- oder Joddämpfen (oder von Ozon) setzen, vermindert ihre Arbeit oder stellt sie ganz ein. Je nach Menge und Dauer dieses Einflusses nimmt sie dieselben entweder wieder auf oder sistirt sie für immer; d. h. entweder schläft die Zelle unter der lähmenden Last des fremden Gases, oder sie ist todt, ihr innerer Aufbau war und bleibt zerrüttet.«

Der Beweis dafür wurde zuerst am Jodoform[2] erbracht; es folgte die direkte Bestätigung, dass die freien Halogene[3] eine echte Narkose erzeugen können, eben so das Ozon[4].

Man hat gegen diese Theorie eingewendet, dass ein hervorragend genannter chlorirter Fettkörper, die dem Chloralhydrat so nahe stehende Trichloressigsäure, eine ähnliche Wirkung hervorbringen müsse wie das Chloral, das Chloroform u. a., wenn wirklich deren Einfluss auf das darin an den Kohlenstoff gebundene Chlor zurückzuführen sei. Das sei aber durchaus nicht der Fall, denn nach den Untersuchungen von Frl. Tomaszewicz[5] in L. Hermann's Laboratorium komme ihr nicht die geringste narkotische Wirkung zu.

Diese Untersuchungen wurden nur an Kaninchen angestellt, und das veranlasste mich, sie auch an anderen Thieren zu wiederholen; denn man weiß, wie schwierig es oft ist, bei jenen indolenten Thieren eine Narkose herbeizuführen oder zu erkennen. Ich erinnere nur an das Morphin.

Das angewandte Präparat war Natriumtrichloracetat, $C_2Cl_3O_2Na, 3H_2O$, welches ich durch genaues Neutralisiren von käuflicher Trichloressigsäure mittels Natriumkarbonat und mehrfaches Umkrystallisiren darstellte. Eine zur Prüfung der Reinheit der Substanz angestellte Chlorbestimmung ergab folgendes Resultat:

---

[2] Binz, Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. VIII. p. 309. Bd. XIII. p. 113. In neuester Zeit wurde Ähnliches vom Methylenjodid (CH_2J_2) gefunden (Schwerin, Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1884. p. 130). Es enthält 94,47% Jod. — Von früher ist noch zu nennen die Entdeckung aus L. Hermann's Laboratorium, dass das unwirksame Glycerin durch Substituiren von 3 Cl an Stelle von 3 Hydroxyl schlafmachende Eigenschaften bekommt. Romensky, Arch. f. ges. Physiol. Bd. V. p. 565.

[3] Daselbst Bd. XIII. p. 139.

[4] A. a. O.

[5] Archiv f. d. ges. Physiol. Bd. IX. p. 35. — Von Versuchen mit positivem Ergebnis mit trichloressigsaurem Natron sind mir nur bekannt die von Bryasson und Follet, Journal de l'anat. et de la physiol. 1870. p. 570: »Il agit uniquement comme du chloroforme qui pénètre lentement dans le sang, quelle que soit la voie suivie pour l'introduire dans l'organisme animal.« Die Einzelheiten fehlen in der Darstellung, die hauptsächlich dem Chloral gewidmet ist. Frl. Tomaszewicz' Arbeit (aus dem Jahre 1874) scheint die letzte über die Trichloressigsäure gewesen zu sein.

0,3171 g des krystallisirten noch etwas feuchten Salzes lieferten nach dem Glühen mit Kalk, Lösen in Salpetersäure und Ausfällen mit Silbernitrat 0,5637 g ClAg entsprechend 0,1392 g Cl = 43,93%; theoretisch verlangt 44,35%.

Von diesem Salze riefen 2—6 g jungen Hunden, Katzen und Kaninchen von der Haut aus beigebracht alle Symptome centraler Nervenlähmung von gewöhnlicher Trunkenheit und Somnolenz bis zum krampffreien Ende hervor. Nur ist zu bemerken: Die Narkose zieht langsam und spät heran und dauert lange. Am empfindlichsten scheinen zu reagiren Katzen und dann Kaninchen, während einzelne Hunde die stärksten Dosen bedürfen.

Da die äquivalente und sogar bedeutend größere Mengen von Natriumacetat $C_2H_3O_2Na$, welches Salz von dem Trichloracetat doch nur dadurch sich unterscheidet, dass seine 3 Atome Wasserstoff in letzterem durch Chlor ersetzt sind, ohne jegliche Wirkung blieben, so kann letztere bei dem Chlorsubstitutionsprodukt nur auf das Chlor bezogen werden.

Eine Spaltung des Salzes in Chloroform und Alkalikarbonat, die in alkalischer Lösung vor sich gehend für die Ursache seiner Wirkung angesehen werden könnte, scheint im Organismus nicht stattzufinden.

Blut, welches einem durch eine Einspritzung von 5 g des Salzes in tiefste Narkose versetzten und während derselben getödteten Hunde entnommen wurde, wurde durch einen Tropfen Säure neutralisirt und in einem Kolben im Wasserbade bis auf 90° erwärmt. Ein durch den Kolben hindurchstreichender Luftstrom wurde im langsamen Strome durch eine Röhre mit rothglühenden Kalk geleitet, an den etwa vorhandenes Chloroform sein Chlor hätte abgeben müssen. Der Kalk enthielt aber, wie eine Prüfung seiner salpetersauren Lösung mit Silbernitrat ergab, kein Chlor.

Die Zersetzung nach der Gleichung:

$$CCl_3COONa + NaOH = CCl_3H + CO_3Na_2$$

findet im Organismus also eben so wenig statt als die entsprechende des Chloralhydrats.

Von theoretischem Interesse erschien es auch, eine Verbindung der Prüfung zu unterziehen, die, nur aus Kohlenstoff und Chlor bestehend, ihre etwaige Wirksamkeit ebenfalls nicht einer in ihr enthaltenen Kohlenwasserstoffverbindung verdanken würde, auf die man die Wirkungsweise des Chloroforms und des Chlorals vielfach bezogen hat. Eine solche Verbindung bot sich unter Anderem in dem Hexachloräthan, C_2Cl_6.

Das Hexa- oder auch Perchloräthan war von Eulenberg[6] einer Prüfung unterzogen worden, indem er den Kopf von einer Taube und einem Meerschweinchen in ein Gefäß tauchte, in welchem die Verbindung durch Erhitzen zum Verdampfen gebracht wurde. Er fand, dass die Thiere bewusstlos wurden; das Meerschweinchen ging in Folge von »Apoplexie« zu Grunde. Da das Perchloräthan erst bei 182° siedet, so ist es möglich, dass diese Wirkungen wesentlich durch die heißen Dämpfe beeinflusst waren, die die Thiere einzu-

[6] Handbuch der Gewerbe-Hygiene 1876. p. 403.

athmen gezwungen wurden, und es erschien nothwendig, die Substanz auf einem einfacheren Wege zu appliciren.

Da das Perchloräthan, ein farb-, geschmack- und fast geruchloses Krystallpulver, sich leicht in fetten Ölen löst, die vom Dünndarm aufgesaugt werden und keinerlei narkotische Wirkungen hervorrufen, so schien es am einfachsten, Lösungen desselben in Süßmandelöl den Thieren vom Maul aus beizubringen. Bei allen Versuchen zeigte sich, dass schon Mengen von 2 g eine reine deutliche Narkose mit voraufgehender Schlaftrunkenheit und taumelndem Gang hervorrufen. Eine Suspension der unlöslichen Verbindung in Wasser fing erst zu wirken an, als das Versuchsthier etwas fettes Fleisch genossen hatte. Es ergiebt sich also, dass auch diese Verbindung stark narkotisirende Eigenschaften hat und es liegt nahe, dieselben den in ihr enthaltenen 82,83% Chlor zuzuschreiben. Bemerkenswerth ist noch, dass das Perchloräthan die Körperwärme äußerst energisch, aber nur vorübergehend herabsetzt.

Eine den Halogenen analoge Wirkung üben auch einige Substanzen auf den Organismus aus, die aktiven Sauerstoff frei zu machen vermögen, wie dies von Binz für das Natriumjodat[7], das Natriumnitrit[8] und für das Ozon gezeigt wurde.

Zu diesen Substanzen muss auch das Wasserstoffsuperoxyd, H_2O_2, gerechnet werden, dessen oxydirende Eigenschaften nach den Versuchen von M. Traube zwar bei Weitem nicht so starke sind wie die des Ozons, welches aber auch in großer Verdünnung viele Substanzen, wie z. B. Jodwasserstoff, zu oxydiren vermag — freilich nur bei Anwesenheit von sauerstoffübertragenden Körpern, wie Ferrosulfat, Palladium, Platin und, was für unsere Betrachtung von Wichtigkeit ist, von Hämoglobin.

Eine 1%ige Lösung[9] von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd in Brunnenwasser füllt eine mit einer Glasplatte bedeckte Schale so, dass ein hineingesetzter Frosch den Kopf frei hat. Sogleich nach dem Einsetzen entsteht starke Gasbildung an der Oberfläche des Thieres, die durch dessen unruhiges Bestreben, dem Glase zu entfliehen, noch vermehrt wird. Die Unruhe dauert aber nur kurze Zeit; das Thier hockt bald wieder in gewöhnlicher Stellung und hat nach etwa 10 Minuten den Kopf gesenkt, so dass er in die Flüssigkeit eintaucht.

Das Thier wird jetzt herausgenommen und in Wasser abgespült. Es springt noch einige Minuten umher, wird aber zusehends träger und 15 Minuten, nachdem es aus dem Wasserstoffsuperoxydbade herausgenommen ist, sitzt es unbeweglich da, ohne bei Berührung davonzuspringen und erträgt öfters die Rückenlage.

Dabei gehen Athmung und Herzschlag ungestört ihren Gang, die Reflexe sind noch vorhanden, die Ortsbewegung ebenfalls, das Blut ist, so weit die bekannten Untersuchungsmethoden reichen, unversehrt — nur die Herrschaft des Gehirns über den Körper ist aufgehoben. Das Thier unterscheidet sich in nicht von einem leicht chloroformirten oder chloralisirten. In einigen Stunden ist e wieder ganz munter.

Lasse ich es länger in dem Bade, so blähen sich seine Lymphsäcke zu pralle Luftkissen auf. Das Blut wird überall hellroth, die Blutkörperchen sind vergrö

---

[7] Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. Bd. XIII. p. 125.

[8] Daselbst p. 133.

[9] Durch Titriren mit Chamäleon festgestellt.

ßert, rissig, ihr Kern geschwärzt. Man kann dieses Alles nur auf den Übergang von Wasserstoffsuperoxyd in den Organismus durch die Haut und auf dortige Entwicklung von nascirendem Sauerstoff beziehen. War die Zeit des Sitzens in dem Wasserstoffsuperoxyd nicht eine zu lange, so kann sich das Thier über Nacht vollkommen erholen; die Aufblähung verschwindet vollkommen.

Die Deutung des Erfolges kann dadurch irregeführt werden, dass man das Thier zu lange in der Lösung des Wasserstoffsuperoxyds gelassen hat und man nun beim Untersuchen des Kreislaufs Gasembolien findet. Durch zeitliches Variiren des Versuches lässt sich das vermeiden. Es gelingt dann, Thiere zu bekommen, die ganz deutlich träge — bis zum Aushalten der Rückenlage — geworden sind, in dem bloßgelegten und durchschnittenen Herzen jedoch keine Spur von Gasblasen zeigen. Es scheint mir, dass damit jene Deutung ausgeschlossen ist, abgesehen davon, dass Embolien beim Frosch überhaupt so rasch keine Narkose hervorrufen dürften.

Wollte man annehmen, die große Körpermuskulatur werde durch das Wasserstoffsuperoxyd geändert, und daher rühre der unverkennbare Ausdruck der Trägheit des Thieres, so würde bei dem nahen Zusammenhang zwischen Muskelgift und Nervengift dieses auf dasselbe hinauslaufen. Bei der durchweg größeren und früheren Empfindlichkeit der Nervensubstanz ist aber an eine ausschließliche primäre Depression der Muskelsubstanz kaum zu denken.

Man darf nicht einwenden, das Wasserstoffsuperoxyd zersetze sich zu rasch und zu vollständig, als dass es als solches an die Nervencentren herankommen könne. A. Schmidt fand es im Blute seiner Versuchsthiere, denen er es durch den Magen beigebracht hatte[10] und Assmuth Spuren sogar im Harn[11]. Die Reaktion darauf war so bestimmt, besonders bei dem dialysirten Blute, dass man keinen Grund hat an der Sache zu zweifeln.

An Warmblütern durch subkutane Einführung einer sehr verdünnten Lösung von Wasserstoffsuperoxyd den Anfang einer Narkose zu bekommen, gelang mir so unbestimmt, dass ich darauf keinen Werth legen will. Es ist zu schwer, hier die heftigsten Sauerstoffembolien zu vermeiden. Sind sie da, so kann die Erklärung der sicherlich vorhandenen[12] Nervendepression bezogen werden auf eine direkte Beeinflussung der Nervencentren — wie ich sie beim Frosch glaube erwiesen zu haben — oder auf die Folgen der Störungen im kleinen Kreislauf, oder auf Apnoe durch den Überschuss von Sauerstoff im Blute. Das wird bei der Fortsetzung der Arbeiten im hiesigen pharmakologischen Institute über das Zustandekommen der arzneilichen Narkose neben vielem Anderen näher zu prüfen sein.

Vorläufig dürfte, wie das Natriumtrichloracetat und das Perchlor-

---

[10] Hämatologische Studien 1865. p. 10.

[11] Doktordissertation (unter A. Schmidt's Leitung). Dorpat 1864. p. 41.

[12] Vgl. bei A. Schmidt a. a. O. p. 7. — Im Übrigen ist das Bild der Vergiftung in allen bisherigen Versuchen am Warmblüter ein verwischtes, weil die Dosen zu hoch oder die Applikation (direkt in die Gefäße) zu gewaltsam war.

äthan so auch das Wasserstoffsuperoxyd zu den Körpern gehören, welche uns zu einem Einblick in den genannten, für die Heilkunde eine so wichtige Rolle spielenden Process hinführen.

II. Febris herpetica.

Von
Dr. **Sladović,**
prakt. Arzt in Gelsa auf der Insel Lesina.

Bezüglich des über Plessing's Febris herpetica oder febricula als Infektionsform in No. 6 dieses Blattes erschienenen Referates habe ich Folgendes zu berichten:

1) Hier kommt diese Krankheitsform ziemlich oft vor und genau so wie es Plessing treffend charakterisirte.

2) Heuer kamen außer solchen auch Fälle vor, die um so interessanter sind, als sie zu Anfang einer Pneumonieepidemie (hier unter dem Namen Mal de punta berüchtigt und gefürchtet) auftraten; ferner alle pneumonische Erscheinungen darboten (Seitenstechen, blutiges katarrhalisches Sputum, hohes Fieber). Mit dem Auftreten eines überaus reichlichen Herpes labialis (meist Oberlippe) verschwanden wie mit einem Schlage alle Erscheinungen, und die Kranken (meist im Knabenalter) gingen den 2.—3.—5. Tag in Genesung über.

---

1. Byrom Bramwell. Note Book for Post-Mortem-Examinations.

Edinburgh, **Maclachlan and Stewart,** 1883.

In einem großen Bande sind auf 183 Seiten Vordrucke für Sektionsprotokolle angebracht — Vordrucke, deren leer gelassener Raum bei der Sektion auszufüllen ist. Die Anordnung, im Wesentlichen dem Sektionsgang nach Virchow folgend, ist ungemein genau und übersichtlich. Die Vollständigkeit der Sektionsprotokolle wird durch ein solches Buch wie das vorliegende wesentlich erleichtert und garantirt, namentlich da, wo, wie in der Pivatpraxis, Sektionen von Solchen auszuüben sind, denen nicht tägliche Übung im Seciren und Diktiren zur Seite steht. Um einen Begriff von der Art der Anordnung zu geben, erwähnt Ref. beispielsweise den die Niere betreffenden Theil.

4) Niere, A rechts: Gewicht ______________ Größe und Maße ______________ Kapsel ______________________ Oberfläche (zart, rauh, Farbe, Cysten) ______________ Konsistenz ______________ Bild auf dem Querschnitt (Verhältnis von Rinde zu Mark, Farbe etc.)

____

____

Nierenbecken und Ureter ______________________ (Die liniirten Zwischenräume sind im Original doppelt und dreifach so groß.)

Jedes Protokoll umfasst 5 halbe Bogenseiten und hat hinten noch Platz mit Vordruck für: 1) Mikroskopischen Befund, 2) Epikrise, 3) Addenda. Außerdem sind eine Anzahl kürzer gefasste Protokolle beigeheftet für weniger ausführliche Sektionen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

The Aesculapian heißt eine neue amerikanische Monatsschrift für Medicin und Chirurgie, die E. J. Bermingham in New York herausgiebt. Die erste Nummer enthält u. a. einen Aufsatz von Fessenden N. Otis: Über Kindersyphilis und hereditäre Syphilis und eine Arbeit von A. Mc. Lane Hamilton: Über Erschütterung der Wirbelsäule (Railway spine), außerdem eine Anzahl von Übersichten und Referaten.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

2. Life-History Album im Auftrag des Kommittes für gemeinsame Untersuchungen (Brittish med. Association) herausgegeben von F. Galton.

London, **Macmillan & Co.**, 1884.

Es handelt sich da um ein merkwürdiges Buch, einen neuen und ersten Versuch, die Lebensgeschichte eines einzelnen Individuums so weit sie irgend von Interesse für den Arzt sein kann, in ein Album mit zahlreichen vorgedruckten Fragen einzutragen. Der Eigenthümer hat Jahr für Jahr die vielen Rubriken auszufüllen, in bestimmten Zeiträumen sich wiegen und messen zu lassen, auf eingeheftete Blätter seine Photographien einzukleben etc. etc. Für Gemüthszustände, für Krankheiten, für Verheirathung, für zahlreiches Andere, finden sich da Kolumnen mit Fragen. Sogar gelegentliche Prüfungen des Gesichts- und Gehörsinnes sind aufgenommen.

So soll allmählich ein Buch entstehen, das für das Individuum von Interesse, für den Arzt von Wichtigkeit werden kann.

Wenn man bedenkt, dass das Album 170 Quartseiten enthält, auf denen allen, nach Lebensperioden geordnet, Fragen stehen, kann man sich ungefähr einen Begriff von dem machen, was hier im Laufe der Jahre zu leisten gefordert wird.

Die praktische Ausführbarkeit des durch das Erscheinen des Buches gemachten Vorschlages ist erst noch zu erweisen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

3. **Ziehl.** Über den Nachweis der Pneumoniekokken im Sputum.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1884. No. 7.)

Z. hat die von Günther entdeckte Hülle der Pneumoniekokken auch an den Mikrokokken im pneumonischen Sputum mit vollkommener Sicherheit nachgewiesen, allerdings wechselt die Anzahl derjenigen Kokken, welche eine Hülle im Präparat zeigen, ganz er-

heblich. Manchmal finden sich auch leere Hüllen oder solche, in denen der Coccus nur schwach gefärbt ist. Die Kokken sind theils einzeln von einer Hülle umgeben, theils zu 2, 3, 4 oder mehreren von einer gemeinschaftlichen, wie es Friedländer beschrieben hat. Der Nachweis dieser Kokken im Sputum kann auch für die Diagnose von Bedeutung sein (nicht nur für die Ätiologie), da man dieselben auch im Sputum bei der Pneumonie findet, wenn dieses nicht die gewöhnliche, charakteristische Beschaffenheit hat.

Gefärbt wurde das angetrocknete Sputum mit wässriger Lösung von Gentianaviolett und untersucht in einem Tropfen Wasser.

Seifert (Würzburg).

---

4. **Stintzing.** Mittheilungen aus der v. Ziemssen'schen Klinik.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883.)

Die in einer Reihe von Nummern des ärztlichen Intelligenzblattes zerstreuten Mittheilungen sind in einer kleinen Broschüre erschienen und bilden eine Fortsetzung zu den früher im gleichen Blatte erschienenen Berichten von Freudenberger. In diesen Mittheilungen aus der v. Ziemssen'schen Klinik werden Erkrankungsfälle während ihres ganzen Verlaufes in Form von kurzen Auszügen aus den Krankengeschichten geschildert und durch epikritische Bemerkungen erläutert. An mancher Stelle findet auch die Therapie genügende Berücksichtigung, um das Schriftchen zu einem für den Praktiker lesenswerthen zu gestalten. Zu einem ausführlichen Referat sind diese Mittheilungen bei der Vielseitigkeit des Stoffes wenig geeignet.

Seifert (Würzburg).

---

5. **H. Schmidt-Rimpler** (Marburg). Zur Accommodationslähmung nach Rachendiphtherie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 7.)

Verf. theilt einige Erfahrungen mit über die Einzelheiten der diphtheritischen Accommodationslähmung. Diese tritt gewöhnlich innerhalb der ersten Tage oder Wochen nach Ablauf der Diphtheritis auf, erreicht meist in einigen Tagen ihre volle Höhe. In der Mehrzahl der Fälle kommt es nicht zu vollständiger Accommodationsparalyse, sondern nur zu einer Parese; es sind daher auch die Sehstörungen in verschiedenem Grade belästigend. Außerdem modificiren sich die Beschwerden naturgemäß durch den Refraktionszustand. Man beobachtet auch nach Diphtherie in Folge der eingetretenen Schwäche des M. ciliaris Strabismus convergens durch Aufgeben des binocularen Sehakts und abnorm vermehrte Konvergenz der Mm. recti interni. Dass so häufig eine hyperopische Refraktion zur Zeit der Lähmung gefunden wird, führte Jacobson zu der Annahme, dass der Fernpunkt des Auges durch Linsenabflachung in Folge anhaltender Lähmung des Tensor chorioideae faktisch weiter hinausgerückt sei. Dem entgegen stimmt S.-R. mit Weiss dahin überein, dass

in der Regel zur Zeit der Lähmung ophthalmoskopisch und funktionell der gleiche oder annähernd gleiche Refraktionszustand gefunden werde, wie vor- und nachher, dass die Erhöhung der Refraktion daher Wirkung der wieder eingetretenen (resp. vorher intakten) Accommodationsspannung ist. Oder mit anderen Worten, die bei intakter Accommodation latente Hypermetropie wird während der Lähmung manifest. Eine eigentliche Herabsetzung der Sehschärfe (wie Völckers und Herschel) hat Verf. nach Diphtherie nicht beobachtet. Die Pupillen sind in der Regel normal in Weite und Reaktion, nur selten ist die Pupille erweitert.

Die Prognose der diphtheritischen Accommodationslähmung ist gut, im Laufe einiger Wochen pflegt sie vorüberzugehen. Die Therapie ist wesentlich eine allgemein roborirende. Von einem günstigen Einfluss der Eserineinträufelungen auf die Heilungsdauer hat sich Verf. nicht überzeugen können. Symptomatisch ist Eserin nützlich, doch erfüllen Konvexbrillen diesen Zweck besser.

Eisenlohr (Hamburg).

---

6. **Ismar Schlesinger.** Beiträge zur Pathologie der Netzhaut beim Morbus Brightii.

Inaug.-Diss., Berlin, 1884.

Verf. berichtet über ein Material von Retinitis resp. Neuroretinitis albuminurica (43 Fälle), welche in der Schoeler'schen Poliklinik für Augenkranke zu Berlin mit ca. 0,19% aller Augenkranken zur Beobachtung kamen. Nach einander werden besprochen zunächst die Ätiologie der die Retinitis hervorrufenden Nephritis, sodann die ophthalmoskopischen Befunde und Sehstörungen der Retinitis albuminurica und die Komplikationen, ferner die Art des Auftretens des Netzhautprocesses, namentlich in Bezug auf Zeit und Stadium der Nephritis und zum Schluss der Verlauf und die Prognose. Zahlreiche Krankengeschichten sind in dem Text niedergelegt. Die Resultate der Arbeit sind ungefähr folgende: Die Retinitis albuminurica wurde bei Männern (29 Fälle) häufiger beobachtet, als beim weiblichen Geschlecht (14 Fälle). Die Männer standen meistens im höheren Lebensalter, die Weiber meistens im mittleren. Das jugendliche Alter war fast gar nicht vertreten, nur ein Kind von 12½ Jahren. Schwangerschaft war bei Weitem das häufigste ätiologische Moment für Retinitis albuminurica beim weiblichen Geschlecht; sehr oft trat in diesen Fällen Frühgeburt ein. Die Netzhautaffektion tritt in den meisten Fällen unter einem typischen Bilde mit Hämorrhagien, Plaques und Retinaltrübung auf und diese Veränderungen beschränken sich meist auf den hinteren Pol des Auges in der Umgebung der Papille und der Gegend der Macula lutea. In einzelnen Fällen können die retinitischen Veränderungen bis in die Peripherie reichen, ohne dass dieses Verhalten charakteristisch für amyloide Degeneration der Nieren wäre. Koncentrische und unregelmäßige Gesichtsfelddefekte kommen

nur bei großer Intensität der Netzhautveränderungen oder auch dann vor, wenn der Sehnervenstamm selbst stark mitergriffen ist. Das Bild einer reinen Neuritis optica ohne weitere Netzhautveränderungen fand sich in vereinzelten Fällen (3mal). Die Retinitis albuminurica kam gewöhnlich nur bei der chronischen Nephritis und namentlich bei der Nierenschrumpfung vor, häufig war gleichzeitig Herzhypertrophie nachweisbar, aber durchaus nicht immer. Sehr oft treten mit der beginnenden Netzhautaffektion auch gleichzeitig andere urämische Erscheinungen auf. Nur einmal war und blieb der Process einseitig, sonst stets doppelseitig. Die Sehstörungen entwickeln sich häufiger langsam als schnell, das Sehvermögen kann sich bessern, wenn die Symptome des Grundleidens an Intensität verlieren. Eine Besserung desselben ohne Rückgang der nephritischen Erscheinungen war nie von langer Dauer. Eine Erblindung tritt sehr selten ein, eine plötzliche Erblindung entsteht gewöhnlich durch Eintritt von Urämie. Die alte Erfahrung, dass die Prognose quoad visum nicht so schlecht ist, wie quoad vitam, wird durch die vorliegende Arbeit wieder bestätigt.

Uhthoff (Berlin).

---

7. W. Uhthoff. Über ophthalmoskopische Untersuchungen bei Geisteskranken.

(Bericht der Heidelberger ophthalmol. Gesellschaft 1883.)

U. hat in Gemeinschaft mit Moeli auf der Irrenabtheilung der königlichen Charité zu Berlin in systematischer Weise fortgesetzt eine größere Anzahl von Geisteskranken (542) ophthalmoskopisch untersucht. Es wurden alle Veränderungen, auch die scheinbar geringfügigen genau notirt, gleichzeitig unter denselben Gesichtspunkten auch eine Statistik von mehreren 100 normalen Fällen zum Vergleich angelegt. Es wurden nur Männer untersucht, welche sich folgendermaßen vertheilen: 31 Fälle von materieller Erkrankung des Gehirns und des Rückenmarks mit 20 pathologischen Augenspiegelbefunden (64%), bei 150 Kranken mit progressiver Paralyse 75mal (50%) krankhafte Veränderungen des Augenhintergrundes, bei 135 Alkoholisten 56mal (41%), bei 56 Epileptischen 7mal ($13^1/_2$%), und bei den Psychosen oder funktionellen Geistesstörungen (170 Fälle) 17mal (10%). Für die normalen Fälle wurden in 4—5% von denselben Gesichtspunkten aus leichte pathologische Veränderungen des Augenhintergrundes notirt.

Bei den Herderkrankungen sind die Befunde sehr mannigfach und wechselnd. Bei der progressiven Paralyse war eine leichte diffuse Netzhauttrübung, welche die Papillengrenzen leicht verschleiert erscheinen lässt und sich mehr oder weniger weit in die Peripherie des Augenhintergrundes hinein erstreckt (Klein »Retinitis paralytica«) in 28% vorhanden. U. schlägt vor, die Affektion besser etwa Retinitis levissima oder nubescens (rauchförmige) zu nennen. Leichtere Formen der Neuritis optica in 4%, Sehnervenatrophie in $8^2/_3$%, wovon

in 4 Fällen die Atrophie allen psychischen Störungen längere Zeit voraufging; ein vorangehendes Stadium der rothen Erweichung wurde nicht konstatirt (Albutt). Hyperämie der Papillen war 3mal unter den 150 Fällen vorhanden und eine Retinalhämorrhagie nur einmal. Eine partielle Erweiterung der Netzhautgefäße, wie sie von Klein bei der Paralyse beschrieben ist, konnte U. nicht bestätigen. Die Pupillenreaktion auf Licht fehlte in der Hälfte der Fälle.

Bei den Alkoholisten (135) nimmt die oben erwähnte leichte diffuse Netzhauttrübung ebenfalls den ersten Platz ein. In 15% der Fälle fand sich eine ausgesprochene partielle atrophische Verfärbung lediglich der temporalen Papillenhälften mit oder ohne vorhandene oder voraufgegangene Intoxikationsamblyopie mit centralen Skotomen. In 2 Fällen wurden leichte neuritische Veränderungen an den Papillen, bei 5 Kranken Hyperämie der Papillen gefunden.

Von den 56 Epileptischen zeigen 2 eine leichte Neuritis optica, 2 abnorme Blässe der Papillen, 1 Hyperämie, 2 leichte diffuse Trübung der Netzhaut und der Papillen. Ferner will es scheinen, als ob gewisse angeborene Anomalien des Auges (z. B. hochgradige Refraktionsanomalien) bei den Epileptischen häufiger vorkamen, jedoch ist die Zahl der Untersuchten zu gering für die Entscheidung dieser Frage.

Bei den 170 Fällen von Psychosen fand sich diffuse leichte Trübung der Netzhaut und der Papillen 11mal, abnorme Blässe der Papillen 3mal, Hyperämie 2mal, Netzhauthämorrhagien 1mal.

Ehrlich (Berlin).

---

8. **O. Berger.** Paraldehyd.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 4.)

B. empfiehlt mit Rücksicht auf seine frühere Mittheilung (siehe No. 24, 1883) etwas größere Dosen, 3—6 g, anzuwenden, ferner, um den unangenehmen Geschmack und Geruch zu mindern, folgende Receptformel:

Paraldehydi
Gummi mimos. āā 18,0
f. i. Aqua destill.
Emulsio 150,0
cui adol.
Syr. Amygdal. 30,0
not. 2 Esslöffel auf einmal zu nehmen.

Kayser (Breslau).

---

9. **M. Meyer.** Über die Therapie der rheumatischen Facialislähmungen.

(Vortrag, gehalten am 9. Januar 1884 in der Berliner med. Gesellschaft.)
(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 5.)

Auf die Beobachtung, dass in den Fällen von peripherer Facialislähmung fast regelmäßig der Gesichtsnerv selbst oder die ihn um-

gebenden Gewebe am Foramen stylomastoideum geschwollen und schmerzhaft gegen Fingerdruck gefunden wurden, gründet M. eine neue Behandlungsmethode der betreffenden Lähmungen. Er applicirt zunächst auf die schmerzhafte Stelle einige Blutegel, macht warme Umschläge und lässt dann nach einigen Tagen die Anode eines mittelstarken galvanischen Stromes etwa 5 Min. lang in der Weise einwirken, dass der eine mit schwammüberzogenem Ansatzstück von Bleistiftdicke armirte Pol auf den geschwollenen Nerven, der andere mit runder Konduktorplatte versehene auf die Backe oder den Proc. mastoid. postirt wird. So konnte M. fast nach jeder Sitzung eine mit der Abnahme des Exsudats parallel verlaufende geringe Zunahme der Beweglichkeit und schließlich ein befriedigenderes und schnelleres Heilresultat erzielen, als mit den bisher gebräuchlichen Methoden. Dieselbe Applikationsweise, d. h. den Ansatz des oben beschriebenen, hier mit dem negativen Pol verbundenen Konduktors in der Gegend des Foramen stylomastoid. empfiehlt M. aber auch — und zwar vorzugsweise beim Gebrauch eines kräftigen faradischen Stromes — zur Anwendung bei abgelaufenen Facialislähmungen. Er hat durch dies Verfahren selbst bei längstverjährten Fällen bisweilen noch Zuckungen in den gelähmten und atrophischen Gesichtsmuskeln ausgelöst. Ein Beispiel von Besserung einer 27 Jahre bestehenden Gesichtslähmung mit druckempfindlicher Anschwellung an der erwähnten Stelle durch dieses Verfahren, nach vorausgeschickter Applikation von Blutegeln und warmen Kataplasmen wird mitgetheilt, in dem nach wenigen Sitzungen Zuckungen in sämmtlichen Gesichtsmuskeln erfolgten. Ferner ein Fall von 10 Wochen bestehender schwerer Gesichtslähmung vorgestellt, bei dem die übliche Behandlungsweise mit dem konstanten Strom keine, die ersterwähnte Methode deutliche Besserung bewirkt hatte.

Eisenlohr (Hamburg).

---

10. **A. Eulenburg.** Die Osmiumsäurebehandlung der peripheren Neuralgien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 7.)

E. berichtet über das Resultat einer Reihe von Versuchen mit der von G. Neuber in Kiel empfohlenen Behandlung peripherer Neuralgien mit subkutanen Injektionen von Osmiumsäure. Wie Neuber benutzte E. die 1%ige Lösung. Dass dieselbe gut vertragen wurde, hatte er in 2 Fällen von hyperplastischen Strumen beobachtet; auch bei der Anwendung gegen Neuralgien traten keine störenden lokalen oder allgemeinen Nebenwirkungen auf. Die Zahl der behandelten Fälle betrug 12, die Injektionsdosis fast immer 0,05. Die Dauer der Behandlungszeit war 1—6 Wochen, die Zahl der Injektionen im einzelnen Fall 3—14. Die zur Behandlung kommenden Fälle betrafen Trigeminus-, Occipital-, Brachial-, Interkostal-, Lumbosacralneuralgie, Ischias, multiple Neuralgien, theils frische, theils veraltete Fälle. Die Injektionen wurden stets in loco morbi, d. h.

in möglichster Nähe der afficirten Nerven vorgenommen. Das Resultat war kein sehr befriedigendes, unter 12 Fällen nur 3 Heilungen, — keine Recidive innerhalb 2—14 Wochen, — 4 mehr oder weniger ungenügende Besserungen, 5 Fälle ganz unbeeinflusst. Die 3 Heilungsfälle betrafen ziemlich frische und unkomplicirte Fälle, wahrscheinlich neuritischen oder perineuritischen Ursprungs. Die Menge der verbrauchten Osmiumsäure in diesen 3 Fällen war 0,025—0,04. E. betrachtet es als sicher, dass die Osmiumsäure bei peripheren Neuralgien nicht ganz unwirksam ist, möchte sie aber als eigentliches Antineuralgicum nicht gelten lassen. **Eisenlohr** (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **Pel** (Amsterdam). Ein merkwürdiger Fall von Empyem.
(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 8.)

Ein 32jähriger Mann wurde mit linksseitigem Empyem in die medicinische Klinik aufgenommen; sofort wurden 750 cm Eiter mit dem Potaiu'schen Apparate entleert. Am folgenden Tage Brustschnitt zwischen 8. und 9. Rippe an der hinteren Scapularlinie, nachher Ausspülung und antiseptischer Verband. Trotz ausreichender Entleerung der Pleurahöhle blieb Fieber bestehen, Unruhe, Schlaflosigkeit etc. 5 Tage nach der Operation fand sich eine Vorwölbung der Hergegend zwischen 3.—5. Rippe, ungefähr handtellergroß. Herzstoß nicht sicht- oder fühlbar, Dämpfung vom oberen Rand der 3. Rippe an, nach rechts bis 2 cm über den rechten Sternalrand hinaus, nach links 3 cm über die linke Mamillarlinie, so dass die Dämpfungsfigur einem für perikardiale Ergüsse charakteristischen abgestumpften Dreieck entsprach. Herztöne kaum hörbar, kein Reibegeräusch.

Bei der Probepunktion zwischen 3. und 4. Rippe ergab sich reiner Eiter. Bei der nachher vorgenommenen Incision entleerte sich isochron mit der Herzaktion strahlweise eine große Menge Eiters. Nach der Operation bessere Füllung und Spannung des Pulses und größere Intensität der Herztöne. Trotz der Operation keine wesentliche Besserung im Allgemeinbefinden, 3 Tage nachher Exitus letalis.

Bei der Sektion zeigte es sich, dass es sich nicht um einen perikardialen Erguss, sondern um zwei von einander ganz getrennte, abgekapselte Empyeme handelte und zwar war das eine so an der Vorderseite des Brustkorbes abgesackt, dass es nicht nur die klinischen, sondern auch die physikalischen Symptome eines eitrigen perikardialen Ergusses geben musste. **Seifert** (Würzburg).

12. **W. Kernig.** Ein Fall von Pyopneumothorax nach vollständiger Abtrennung eines Lungenstückes durch demarkirende Eiterung.
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. p. 313.)

Es handelt sich um eine 68jährige Frau, welche wegen Recurrens am 19. Januar 1883 in das Obuchow'sche Hospital aufgenommen wurde. Mit dem zweiten Anfall trat eine krupöse Pneumonie des linken Unterlappens auf, welche nach 4 Tagen in Lysis überging und sich gleichzeitig mit einer leichten subakuten Pleuritis links unten komplicirte. Während der langsam fortschreitenden Resolution erfolgte der dritte Recurrensanfall; die Milz schwoll dabei so beträchtlich an, dass sie um gut 2 Fingerbreite den Rippenrand überragte. Nachdem vollkommene Apyrexie eingetreten war, begann am 4. Februar aufs neue und zwar ohne objektiv nachweisbare Veranlassung Fieber, welches in der Höhe zwischen 38,0 und 39,5° C. über drei Wochen hindurch bis zum Tode anhielt. Erst am 20. Februar gelang es Verf., links hinten unten am Thorax, dicht über der

oberen Milzgrenze, in der Ausdehnung von etwa 4 Querfingern deutliche metallische Klangphänomene nachzuweisen; sonst war in dem Befinden der Kranken bis dahin keine wesentliche Veränderung eingetreten.

Zur Erklärung dieses circumscripten Pneumothorax lagen zwei Möglichkeiten vor: entweder handelte es sich um einen Lungenabscess, welcher nun perforirt war, oder um einen vereiternden Milzinfarkt, welcher zur Bildung einer Eiterhöhle unter dem Diaphragma mit Durchbruch in das Cavum pleurae bzw. in die Bronchien (Pyopneumothorax subphrenicus im Sinne Leyden's) geführt hatte. Beiden Annahmen stand jedoch entgegen, dass der Auswurf weder hinsichtlich der Menge, noch hinsichtlich seiner Beschaffenheit innerhalb der letzten Wochen irgend welche Änderung gezeigt hatte. Die Grenzen des Pneumothorax erweiterten sich demnächst von Tage zu Tage, hinten bis hinauf zur Spina scapulae, vorn bis zur 4. Rippe, während gleichzeitig das Sputum eitriger wurde, woraus weiterhin hervorging, dass es sich um keinen subphrenischen Eiterherd handeln könne. Am 28. Februar erfolgte der Tod.

Die Sektion ergab einen Pyopneumothorax, welcher die größere untere Hälfte des linken Thoraxraumes einnahm. In der reichlichen Eitermenge im linken Pleurasack fand sich vollständig von der Lunge abgelöst ein Stück luftleeren, infiltrirten Lungengewebes von 2 Zoll Länge, 1 Zoll Breite und 1/2 Zoll Dicke, welches der Form nach als der vordere, untere Zipfel des linken Unterlappens erschien. An dieser Stelle der linken Lunge fand sich auch ein der Form und Größe des losgelösten Stückes entsprechender Defekt, auf dessen Fläche mehrere thrombosirte Gefäßstümpfe, so wie ein klaffendes Bronchiallumen sichtbar waren. Mikroskopisch wurden in dem losgelösten Stück noch die Zeichen einer krupösen Infiltration des Lungengewebes und zwar in einem relativ frischen Stadium gefunden. Verf. nimmt an, dass in der krupös infiltrirten Lunge Thrombose einzelner kleinerer zuführender Gefäße eingetreten sei, welche zur Nekrotisirung jenes Abschnittes und zur allmählichen Ablösung durch demarkirende Eiterung führte.

A. Hiller (Breslau).

13. M. Terrillon. Gommes syphilitiques et abscès froids.

(Progr. méd. 1883. No. 48.)

An der Hand eines zweifelhaften Falles von chronischem Scapularabscess mit geringer Beeinflussung durch eine antisyphilitische Kur, Hinterlassung einer Fistel ohne Knochenentblößung handelt T. die Differentialdiagnose der im Titel genannten Affektionen ab. Vom anatomischen Standpunkte sind als Hauptunterschiede hervorzuheben, dass die Verflüssigung des Inhalts der Gummata ungleich langsamer vor sich geht, als jenes der tuberkulösen Infiltrate und die Absorption der Verfettungsprodukte den flüssigen Inhalt nicht eitrig, sondern mehr schleimig und durchsichtig mit charakteristischen gelben wergähnlichen Einschlüssen (Umwandlungsprodukten des Bindegewebes) gestaltet. Noch wichtiger ist ein zweiter Unterschied: der sehr langsame Desorganisationsprocess im Bereich des Gumma führt in der Regel zur schließlichen Verkäsung, welche Metamorphose die tuberkulösen Abscesse nur ausnahmsweise darbieten. Hierzu kommt die Obliteration der Gefäße im Bereich der tuberkulösen Herde im Stadium der Granulationsentwicklung und das Durchgängigbleiben derjenigen des Syphiloms während des ganzen Verlaufs. Die Fisteln, welche beide Affektionen hinterlassen, ähneln einander auffallend, doch pflegen die einmal entleerten gummösen Abscesse keine fortschreitende Taschenbildung zu erleiden.

Fürbringer (Jena).

14. Fillot. Perforation de l'aorte.

(Progr. méd. 1883. No. 27.)

Verderbliche Folgen eines fast alltäglichen Ereignisses. Ein junger Mann verschluckt ein $1^1/_2$ cm langes dünnes Knochenstückchen; dasselbe bleibt in der Speiseröhre ca. 15 cm unterhalb ihres Beginns stecken und wird 2 Tage später glücklich extrahirt. Der Entlassene nimmt seine Arbeit wieder auf, erleidet am 3. Tage nach der Operation beim Tragen einer Last eine Hämatemese; dieselbe

wiederholt sich am selben Tage und einige Stunden später erliegt der Kranke plötzlich einem dritten abundanten Blutsturz. Die Autopsie ergiebt eine frankstückgroße Perforation der hinteren Speiseröhren- und vorderen Aortenwand. Zellgewebe zwischen beiden brandig. Im Magen enorme Massen geronnenen Blutes.

Fürbringer (Jena.)

15. **Spaet.** Primärer multipler Epithelkrebs des Gehirns.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 28.)

Ein 38jähriger Bäcker erkrankte mit Kopfschmerz im Hinterkopfe und in der Nackengegend, bald stellten sich Delirien ein, schwankender Gang, Schwindel, Apathie abwechselnd mit Gereiztheit, schließlich Sopor und ganz plötzlich trat der Tod ein.

Die Diagnose war während des Lebens auf einen Abscess oder eine Neubildung im Kleinhirn gestellt worden.

Bei der Sektion fanden sich in den Großhirnhemispären rechts zwei, links ein Knoten von Haselnussgröße, von derber Konsistenz, ein weiterer größerer Knoten im linken Seitenventrikel, dessen hinterem Horn entsprechend.

Kleinhirn gequollen, auf dem Durchschnitt erweicht, beide Hälften desselben von unregelmäßig gelagerten Knoten geradezu durchsät.

Nach dem Befunde der histologischen Untersuchung lautete die Diagnose: Epithelkrebs des Gehirns. Der Ausgangspunkt war wohl in dem Ependym des Seitenventrikels zu suchen.

Seifert (Würzburg).

16. **Charles Bastian.** An anomalous case of cerebro-spinal sklerosis.

(Med. times and gazette 1883. II. p. 451.)

Fall von multipler Sklerose (Autopsie), die erst im 50. Lebensjahre begann und dann in mannigfacher Hinsicht von dem Typus abweichend verlief. Intentionszittern fehlte ganz. Interessant sind namentlich psychische Störungen und der Beginn der Erkrankung, in dem wesentlich Störungen in den von der Medulla oblongata ausgehenden Nerven beobachtet wurden.

Edinger (Frankfurt a/M.).

17. **Neuendorff.** Mittheilungen aus der psychiatrischen Praxis.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1883. No. 22.)

1) Psychose und Carcinom. 55jähriger Mann erkrankte im Frühjahr 1882 mit Bluterbrechen, allgemeiner Mattigkeit, ödematösen Anschwellungen der Füße und Urinbeschwerden. Nach Hebung der wesentlichsten Krankheitserscheinungen blieb doch ein kränkelnder Zustand zurück. Im Februar 1883 wird er der Irrenanstalt zugeführt, da er plötzlich gewaltthätig geworden, unter dem Vorgeben, seine Frau wolle ihn vergiften. Diese Wahnidee blieb im Vordergrunde der Psychose. Somatisch war nur auffallende Macies zu konstatiren; es bestand kein Erbrechen, noch Schmerz, auch war kein Tumor zu fühlen. Pat. verweigert die Nahrungsaufnahme und stirbt im August 1883. Die Sektion zeigt ein über hühnereigroßes, längs der ganzen Curvatura minor von der Cardia bis zum Pylorus sich hinziehendes, fast die halbe Magenwand ausfüllendes Carcinoma medullare.

Zweifellos stand die Wahnidee des Pat., dass er vergiftet werde, in einem psychisch-somatischen Zusammenhange mit der schweren Magenaffektion. Interessant ist auch die (bei Geisteskranken übrigens nicht so seltene) submortale Temperatur 35,1.

2) Zur Wirkung der Tinctura Aconiti. 49jähriger Paralytiker zeigt ein weitverbreitetes Erythem und Arythmie der Herzthätigkeit; es wechseln bald drei, bald vier und fünf und noch mehr kurze Schläge in rascher Folge mit solchen, zwischen denen eine längere Pause besteht, ja zuweilen ist momentaner Stillstand des Herzens zu beobachten. Unter der Anwendung von Tinctura Aconiti (3mal pro die 1 Tropfen) wird der Herzschlag regelmäßig und das Erythem verschwindet. Jedoch nimmt der Puls an Frequenz und Zahl ab.

18. Wacker. Über das Vorkommen der Larve von Anthomyia cuniculina im menschlichen Darmkanale.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 11.)

Ein 21jähriger Bauernbursche von bleichem Aussehen, aufgedunsenem Gesicht und mattem Blick klagte über Kolikschmerzen, Übelkeit, Gefühl von Völle im Unterleib. Außer einer mäßigen Auftreibung des Bauches war nichts Auffälliges an dem Pat. zu bemerken. Nach einigen Dosen Santonin gingen 2mal je 1 Liter einer sonderbaren Masse ab, die bestand aus Larven der Anthomyia cuniculina (Grubenfliege). Nach der Entleerung dieser Massen stellte sich rasch der normale Gesundheitszustand wieder her.

Diese Larven konnten leicht als Maden mit verdorbenem Fleisch oder mit faulenden Vegetabilien verschluckt werden und im Darmkanale des Menschen vermöge der steifen, hornigen Dornen ihres Leibes unangenehme und krankhafte Empfindungen hervorrufen. **Seifert** (Würzburg).

19. Paul Koch. Contribution à l'étude du sarcome primitif du corps thyroïde.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. Bd. IX. Hft. 4. p. 195 ff.)

K. berichtet zunächst über eine 60jährige, von einem zu hochgradigen Schluck- und Athembeschwerden führenden, malignen — ob Sarkom oder Carcinom geht aus der Krankengeschichte nicht hervor — Tumor der Schilddrüse befallene Frau, bei welcher wegen zunehmender Dyspnoe die Tracheotomie erforderlich wurde; letztere war wegen Verwachsung der Schilddrüse mit den sie bedeckenden Weichtheilen und wegen der Unmöglichkeit, genau in der Mittellinie zu operiren, mit außerordentlichen Schwierigkeiten verknüpft. Schließlich wurde die Trachea gefunden, jedoch bei dem Versuch, eine Kanüle in die sehr verengte Trachea einzuführen, die in ihren Wandungen erkrankte Speiseröhre durchstoßen und so eine Fistula oesophago-trachealis angelegt, ohne dass die Dyspnoe gehoben war. Pat. erlag nach 12 Stunden; Sektionsbefund fehlt.

Auf Grund dieser Beobachtung kommt K. zu folgenden Schlüssen: maligne Tumoren der Schilddrüse sind von benignen leicht zu unterscheiden, die Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Carcinom der Schilddrüse ist schwer, oft unmöglich, übrigens praktisch ohne Bedeutung. Die Prognose dieser Geschwülste ist immer ungünstig, die Therapie kann nur eine symptomatische, vor Allem gegen die Bekämpfung der Dysphagie und besonders Dyspnoe gerichtete sein.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

20. Carl M. Schmidt. Über Laryngitis subglottica.

(Vortrag im ärztlichen Verein zu Riga, am 9. Nov. 1883.)

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. No. 51.)

In einem Falle von Larynxstenose durch Granulationswucherungen dicht unterhalb der Glottis vocalis in Folge von chronischem Katarrh (sog. Laryngitis subglottica chronica oder Chorditis vocalis inferior hypertrophica — Gerhardt) gelang es Verf., durch regelmäßige Katheterisirung des Larynx mit immer stärkeren Schrötter'schen Tuben (No. 1—5, entsprechend 13 mm Durchmesser) Heilung herbeizuführen. Die Kranke machte die Einführung der Tube zuletzt selbst. — Derartige Heilungen sind schon mehrfach berichtet worden (Schrötter, Catti, Ganghofner, Chiari u. A.). Sonst enthält der Vortrag nichts Neues.

A. Hiller (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 17. **Sonnabend, den 26. April.** **1884.**

1. **Pio Foà.** Contribuzione allo studio della fisiopatologia della milza.

(Sperimentale 1883. T. LII. F. 9.)

Tizzoni hatte behauptet, dass nach Exstirpation der Milz bei Hunden sich auf dem großen Netz oder dem Lig. gastr.-epipl. milzartige Knötchen zeigen, welche die Funktion der entfernten Milz übernähmen. Dem gegenüber hat F. aufs Neue durch Versuche festgestellt, dass solche Knötchen ein rein zufälliger Befund sind, die einerseits zuweilen bei ganz normaler Milz vorhanden sind, andererseits auch sehr oft nach Exstirpation der Milz vermisst werden. Die in einem Falle von F. nach Entfernung der Milz konstatirte Vergrößerung und Dunkelfärbung einzelner auch schon vorher vorhandener Knötchen erklärt F. durch Cirkulationsstörungen (Kongestion, Infarkt).

Eben so wenig besteht, was die Lage und Zahl der Knötchen

betrifft, irgend eine Abhängigkeit derselben von pathologischen Veränderungen der Milz oder eines anderen »blutbereitenden« Organs.

Der zweite Theil der F.'schen Arbeit beschäftigt sich mit den histologischen Veränderungen der Milz, welche nach partieller Exstirpation eines Drittels oder selbst der Hälfte des Organs eintreten. Wird ein Stück Milz durch die Schere glatt amputirt, so lässt sich in dem Rest nach 1—2 Monaten, falls die Wunde glatt heilt, keine Hämatopoiëse (kernhaltige rothe Blutkörperchen, große Zellen mit »keimenden« Kernhaufen) nachweisen. Wird dagegen die Amputation mittels des Thermokauters vorgenommen und dabei die Schnittfläche noch kauterisirt, so zeigt sich an dem Milzstumpf: Kongestion, Schwellung der Pulpa und der Malpighi'schen Körperchen, so wie die für die Hämatopoiëse charakteristischen Zeichen. Eben so ist Letzteres der Fall, wenn durch Unterbindung der Art. splenica der Blutzufluss zu einem Theil der Milz behindert ist. Betreffs der histologischen Details, die sich auf die Lehre von der Entwicklung der rothen Blutkörperchen beziehen, muss auf das Original verwiesen werden. **Kayser** (Breslau).

---

2. Fano (Florenz). Recherches experimentales sur un nouveau centre automatique dans le tractus bulbo-spinal.

(Arch. ital. de biologie 1883. III.)

F. fand bei seinen Experimenten an Schildkröten, dass die Thiere nach Abnahme der Hirnhemisphären vollständig immobil bleiben. wenn man sie nicht reizt oder in abnorme Stellungen bringt, dass sie nach gleichzeitiger Abnahme der Sehhügel vollständig koordinirte Gehbewegungen machen bis zum Eintritt des Todes, der bald nach der Operation erfolgt. Wenn man noch dazu das Bändchen, welches das Kleinhirn repräsentirt und die vorderen $^2/_3$ des verlängerten Markes wegnimmt, so bleiben nicht nur die Gehbewegungen, sondern die Thiere behalten auch noch den Gleichgewichtssinn. Reizt man die Thiere in diesem Zustand, so bleiben sie für einige Zeit (bis zu $^1/_2$ Stunde) stehen und fangen dann die früheren Bewegungen von Neuem an. Dabei besteht kein Zusammenhang zwischen den Gehbewegungen und den Respirationsbewegungen.

Aus diesen Experimenten glaubt F. schließen zu dürfen, dass in dem Ganzen, welches das Rückenmark und das untere Drittel des Sinus rhomboid. umfasst, ein bis jetzt noch nicht gekanntes automatisches Centrum existirt, von dem aus in rhythmischer Weise der Impuls für die Gehbewegungen ausgeht, dass die Sehhügel auf dieses Centrum eine hemmende Wirkung ausüben, dass die Großhirnhemisphären fähig sind, in der Form von Willensäußerungen die hemmende Wirkung der Sehhügel abschwächen oder aufheben zu können und so die Energie des bulbo-spinalen automatischen Centrums zur Entfaltung kommen zu lassen.

Die Thatsache, dass relativ leichte Eindrücke genügen, um für

einige Zeit die Lokomotionsbewegungen aufzuhalten, zeigt, dass in dem bulbo-spinalen System ein gewisser Grad von Gedächtnis besteht und die weitere Thatsache, dass die Zerstörung des Kleinhirnbändchens nicht den Gleichgewichtssinn aufhebt, beweist, dass die Theorie von Goltz, wonach dieser Sinn in dem Kleinhirn lokalisirt ist, nicht ganz richtig ist. **Seifert** (Würzburg).

3. **Couty.** Sur le cerveau moteur.

(Arch. de physiol. norm. et pathol. 1883. T. II. p. 259.)

Verf. ist nicht nur Gegner der Lehre von der Lokalisation der motorischen Funktionen auf der Großhirnrinde, sondern meint auch, dass das Großhirn überhaupt nichts in direkter Weise mit den motorischen Vorgängen zu thun hat, und dass selbige allein vom Rückenmark und Medulla oblongata abhängen. Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass bei verschiedenen Thierklassen Hirngewicht und motorische Leistungsfähigkeit in grellem Missverhältnis zu einander stehen, dass auch in ein und derselben Thierklasse trotz Gleichheit in der motorischen Fähigkeit sehr bedeutende Differenzen vorkommen, und dass sich schwer verständliche Unterschiede nicht nur in Bezug auf Hirngewicht, sondern auch rücksichtlich der feineren Struktur des Gehirns finden. Verf. griff ferner zu Reizungs- und Zerstörungsversuchen der Großhirnrinde bei Hunden und namentlich bei Affen. Reizung der Großhirnrinde ergab keineswegs konstante motorische Punkte, ja in ein und demselben Versuche trat gewissermaßen Wandern der motorischen Punkte ein. Auch waren die Punkte auffällig verschieden erregbar oder bei manchen Thieren konnten für bestimmte Bewegungen überhaupt keine Großhirnrindencentren aufgefunden werden. Auch Zerstörungsversuche der Großhirnrinde hatten sehr verschiedene Erfolge. Bekannt ist, dass bei niederen Thieren nach Zerstörung des Gehirns zweckmäßige Bewegungen fortbestehen. Unterbindung der Hirngefäße ändert nichts an der scheinbaren Erregbarkeit der Hirnrinde, trotzdem doch dieselbe absterben muss. Auch bei curarisirten Thieren bleibt die Hirnrinde weicher, trotzdem sonstige Motilität vernichtet ist, und es tritt hier genau dasselbe wie für Reflexbewegungen im Rückenmarke ein. Kurz und gut, das Gehirn steht den motorischen Funktionen nur auf indirektem, sensibelem, reflektorischem Wege vor. **Eichhorst** (Göttingen).

4. Nouvelles recherches sur la rage, par **Pasteur**, avec la collaboration de **Chamberland** et **Roux**.

(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 10. März 8.)

Die folgenden Resultate wurden erreicht bei Einverleibung des Wuthgiftes auf die Hirnoberfläche oder bei Injektion ins Blut. Schon früher (11. Dec. 1882) hat P. mitgetheilt, dass das Wuthgift zunächst im Rückenmark, später erst im Gehirn sich fixirt und sich vermehrt.

Neuerdings gelang ihm die Übertragung der Wuth auch durch Verimpfung von Stücken peripherer Nerven und von Speicheldrüsen. Das Wuthgift hält sich wochenlang in zugeschmolzenen Röhren. Die Kultur ist noch nicht gelungen. Auf einen Mikroben weist die Durchsetzung des wuthkranken Gehirns mit feinsten Pünktchen, welche in anderen Gehirnen nicht zu finden sind, hin. Wird solches Gehirn in das Blut eines bereits wuthkranken Thieres gebracht, so zerfällt es bis auf die Körnchen, welche man dann überall in den Kapillaren wiederfindet. Impfungen mit geringen Mengen von Wuthgift erzeugen keine Immunität für spätere Infektionen mit der gleichen Krankheit. Nach dem Auftreten der ersten Wuthsymptome können Wochen vergehen, ehe sich neue Symptome, denen das Thier dann oft erliegt, einstellen. Beim Kaninchen und Hund ist das selten, beim Huhn sehr häufig der Fall. Eine Abschwächung des Wuthgiftes durch die Kälte ist bislang noch nicht gelungen, wohl aber kann man es bedeutend modificiren dadurch, dass man es durch verschiedene Thierarten durchgehen lässt. So kann man dann durch späteres Weiterimpfen innerhalb der Art selbst ein gerade auf diese Art immer gleichmäßig wirkendes Gift erzielen, ein Gift, das auf andere Arten anders wirkt und von dem primären Wuthgift verschieden ist. Es ist nach Versuchen, die noch im Gange sind, wahrscheinlich, dass man Hunde durch die successive Einimpfung verschiedener solcher modificirten Wuthgifte allmählich gegen die Wuth refraktär machen kann. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

5. **E. Arning.** Über das Vorkommen von Gonokokken bei Bartolinitis.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1883. Hft. 2. p. 371—375.)

Der im Titel genannte Nachweis gelang in sämmtlichen (8) beobachteten Fällen, hingegen nicht (Verf. tingirte mit Methylenblau und färbte das Zellprotoplasma mit Eosin auf) im Kerne der Eiterzellen, wie Bockhort behauptete, sondern als Einschluss der Zellenleiber. Eben so sind von Kokken besetzte Epithelien ein sehr häufiger Befund. (Ref. muss sich nach seinen Beobachtungen diesen Angaben durchaus anschließen.) **Fürbringer** (Jena).

---

6. The Archives of Pediatrics, a monthly journal devoted to the diseases of infants and children.

Edited by **W. P. Watson,** Jersey City N. Y. Vol. I. Nr. 1.

Das erste Heft der vorliegenden neuen Zeitschrift enthält einen gut geschriebenen Aufsatz von Plant: Über Krämpfe bei Kindern (nichts Neues enthaltend), einen Bericht über 15 Fälle von Tracheotomie bei Krup von D. C. Cocks, der namentlich auf Nachbehandlung und Ernährung besonderes Gewicht legt; ferner einen klinischen

Vortrag von L. Starr: Über den chronischen Gastro-Intestinalkatarrh bei Kindern. WM. P. Northrup beschreibt einen Fall von Tuberkulose mit Empyem, bei dem durch vergrößerte Bronchialdrüsen exspiratorische Dyspnoe bedingt wurde. Später brach ein Abscess aus den Drüsen in die Bronchien durch, und besserte sich dadurch die Dyspnoe etwas. Außerdem enthält das Heft eine ganze Reihe von Übersetzungen aus dem Jahrbuch für Kinderheilkunde und eine Anzahl Referate. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

7. **Hughes Bennett.** Über bulbo-spinale atrophische Paralyse.

(Brit. med. journ. 1884. I. p. 447.)

Unter dem oben stehenden Namen wird der folgende Fall beschrieben: 28jähriges Mädchen, bei dem vor 1 Jahre etwas Verlangsamung des Sprechens eintrat, die allmählich zunahm; einen Monat später zeigte sich Schwäche und Ungeschicklichkeit in den Händen. Auch das nahm langsam zu und bald trat es auch in den Beinen ein. Die Krankheit blieb im Fortschreiten. Die Untersuchung ergiebt bei der geistig vollkommen intakten Person eigenthümlichen Gesichtsausdruck durch Atrophie der Lippen, Schwierigkeit die Zunge vom Mundboden zu erheben, dadurch fast unverständliche Sprache, die zudem noch nasal klingt (Gaumeninsufficienz). Es besteht Schwierigkeit namentlich flüssige Nahrung zu schlucken.

Die Muskulatur des Nackens ist leicht paretisch, die der Arme und Hände deutlich atrophisch; es besteht »main en griffe«. Alle Bewegungen der Hände und Finger sind schwach und unvollständig. Der Gang ist langsam, zögernd schleifend. Die Muskeln der Beine sind etwas steif, aber nicht deutlich atrophisch. Alle Muskeln und Nerven reagiren auf den faradischen Strom. In vielen besteht partielle Entartungsreaktion. Das Kniephänomen, die mechanische Erregbarkeit der Muskeln und der Dorsalklonus sind erheblich gesteigert.

Im Anschluss an diesen Fall, der die Symptome der Bulbärparalyse mit denen der progressiven Muskelatrophie verbinde (besser der amyotrophischen Lateralsklerose mit Bulbärparalyse. Ref.), bespricht Verf. das Wesen dieser Erkrankungsformen, ohne jedoch etwas Neues zu bringen. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

8. Derselbe. On chronic atrophic spinal paralysis in children.

(Brain 1883. Part. XXIII. Okt. p. 289.)

B. ist der Ansicht, dass Polyomyelitis anterior chronica und subacuta im Kindesalter keineswegs so ungewöhnlich selten ist, als man das meist anzunehmen pflegt. Er erinnert sich, mehrfach derartige Beobachtungen in seiner Praxis gemacht zu haben, berichtet aber eingehender über drei Fälle, die im Wesentlichen übereinstimmen in allmählich eintretender und zunehmender Lähmung, Abmagerung der

paralytischen Muskeln, unveränderter Sensibilität, Zunahme des Fettpolsters an den gelähmten Extremitäten, Kälte und Cyanosis der Haut, Intaktheit von Blase und Mastdarm und veränderter elektrischer Erregbarkeit an Nervenstämmen und gelähmten Muskeln. Niemals fehlender Patellarsehnenreflex.

Die erste Beobachtung betraf einen 2jährigen Knaben, bei welchem sich die Erscheinungen vor $^1/_2$ Jahr eingestellt hatten, nachdem das Kind vier Wochen zuvor Keuchhusten und Masern überstanden hatte. Es waren Arme und Beine erkrankt. Es trat fast vollkommene Heilung ein.

In dem zweiten Falle handelt es sich um einen $1^1/_2$jährigen Knaben, bei welchem sich ohne nachweisbaren Grund die ersten Veränderungen im 10. Lebensmonate gezeigt hatten. Die dritte Beobachtung berichtet über ein 14jähriges Mädchen, das vor 5 Monaten mit allmählich zunehmender Schwäche in den Beinen erkrankt war.

Eichhorst (Zürich).

---

9. **Senator.** Zur Diagnostik der Herderkrankungen in der Brücke und im verlängerten Mark.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XIV. p. 641.)

Bei einem 41jährigen Mann findet sich, nachdem er schon seit 2 Jahren an Schwindel, passagerer rechtsseitiger Extremitätenparese und Facialisparästhesien links gelitten, nach einem neuen Schwindelanfall, 12 Tage ante mortem folgender Symptomenkomplex: Hemiplegia alternans (motorische und sensible Lähmung der rechten Extremitäten, der linken Gesichtshälfte), ständige Abweichung der Zunge nach r e c h t s, Dérivation conjugueé nach rechts, Lähmung der Bulbi bei Bewegung nach links. Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit links, Fehlen der Reflexe bei elektrischer Reizung der linken Gesichtshälfte, dabei aber Zuckung der gesunden rechten — also gekreuzte Reflexe — und zwar bei schwächeren Strömen, als nöthig sind, um durch direkte Reizung rechts den Reflex auszulösen. Die Sektion ergab einen eiförmigen Erweichungsherd der linken Ponshälfte, welcher von der Olive bis zum unteren Ende des Abducenskernes reichte, ob letzterer mitbetroffen, blieb zweifelhaft.

Die Wurzelfasern des Abducens, die linksseitigen Nervenkerne und besonders das Corp. restiforme mehr oder weniger vollständig gestört, die Pyramide fast intakt.

Die genaue Erörterung der oben angegebenen auffälligen Symptome ist im Original nachzulesen. **Thomsen** (Berlin).

---

10. **A. Riva.** Del palpamento combinato del ventre.

(Gazz. degli ospitali 1883. No. 101.)

R. nennt kombinirte Palpation des Unterleibes eine solche, bei welcher beide Hände, die eine von der vorderen, die andere von der

hinteren Bauchwand her tiefliegende Unterleibsorgane durch zweckmäßiges Entgegenarbeiten dem Gefühl zugänglich machen. So soll es in geeigneten Fällen gelingen, insbesondere die Nieren, auch wenn sie nur wenig vergrößert oder verlagert sind, fühlbar zu machen, wobei die hintere Hand durch kurze Stöße das Organ der vorderen Hand gleichsam zuwirft. Auch tiefliegende Unterleibstumoren, Psoasabscesse etc. können durch die kombinirte Palpation zuweilen in Fällen direkt gefühlt werden, wo die gewöhnliche Palpation nur ein negatives Resultat ergiebt. **Kayser** (Breslau).

---

11. **Speck.** Über Luftkuren.

(Archiv für exp. Path. und Pharm. Bd. XVII. Hft. 5.)

Als die wichtigste Wirkung klimatischer Kuren bezeichnet S. die durch die Appetitlichkeit (Annehmlichkeit) der reinen Luft veranlasste bessere Lungenventilation, denn je reichlicher diese geschieht, um so mehr nimmt bei gleicher CO_2-Bildung der Procentgehalt der Ausathmungsluft an CO_2 ab und demgemäß auch der der Residualluft der Lungen, des Blutes und der Körpersäfte. Wenn durch irgend welche ungünstigen Verhältnisse der CO_2-Gehalt der Körpersäfte ein hoher geworden ist, so wird dieser seine Wirkung in Unbehaglichkeit, Ermüdung etc. äußern; kann dann bei dem Aufenthalt in einer gesunden reinen Luft dieser giftige Auswurfstoff ausgeführt werden, so zeigt sich sehr rasch das wohlthätige Gefühl, das kaum Jemandem bei der Einathmung angenehmer Luft entgangen ist. Auf diese Änderung in dem Gasgehalt des Blutes ist wohl auch die erquickende und stärkende Wirkung des Schlafes zurückzuführen.

Von großer Bedeutung mag ferner noch die ergiebige Lungenventilation sein für die Cirkulation und zwar nicht nur für den Lungen- sondern auch für den Körperkreislauf. Es werden Cirkulationsstörungen beseitigt und die sämmtlichen Organe besser ernährt.

Unterstützt können die Luftkuren werden durch eine zweckmäßige Athemgymnastik (an pneumatischen Apparaten) und durch ausgiebige körperliche Bewegung, letztere ist natürlich dann zu beschränken, wenn Lunge oder Herz oder beide höheren Anforderungen nicht genügen können. **Seifert** (Würzburg).

---

12. **Groedel** (Bad-Nauheim). Zur Behandlung Herzkranker.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 25.)

Die empirisch seit einer Reihe von Jahren konstatirte Thatsache, dass Herzkranke durch den Gebrauch einer Badekur in Nauheim, resp. durch Anwendung von 2—$3^1/_2$%igen Soolbädern mit mittlerem Kohlensäuregehalt, 25—26° R. warm, sehr oft eine Besserung ihres Leidens erfahren, hat G. zahlenmäßig festzustellen gesucht. Unter Bezugnahme auf seine früher veröffentlichten Beobachtungen mit dem Pneumatometer über die Steigerung der Respirationskraft in den be-

treffenden Bädern bei Gesunden und Kranken, theilt er nunmehr eine Anzahl von Fällen mit, bei welchen er zu Anfang der Kur, dann einmal im Verlauf derselben und endlich am Schluss mit dem Spirometer die vitale Lungenkapacität der Pat. feststellte, um hieraus einen Schluss auf die Kräftigung des Herzmuskels durch das Bad zu ziehen. In fast allen Fällen war durch die gebrauchte Kur eine beträchtliche Steigerung der Vitalkapacität, somit also auch eine Besserung der Herzthätigkeit zu konstatiren. Sicher zu eruiren, welche Fälle von Vit. Cord. für die Badekur geeignet sind und welche nicht, war ihm noch nicht möglich; doch hofft er mit der Zeit, gerade durch genaue spirometrische Messungen, auch hierüber zu einem bestimmten Resultate zu gelangen. **Haupt** (Soden).

---

13. **Riess.** Über die antipyretische Wirkung des Kairin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 53.)

R. stellte an 25 Kranken seiner Abtheilung, hauptsächlich Typhen und Pneumonien, Versuche mit der Kairinbehandlung an, wobei er sich die Aufgabe stellte, die Temperatur möglichst andauernd in der Nähe der Norm zu halten im Gegensatz zu anderen Autoren, die fast durchweg die Erzeugung von Intermissionen als die einzige Aufgabe der antipyretischen Therapie betrachten.

Dem entsprechend führte R. eine konsequente Verabreichung des Mittels durch und zwar zunächst in Dosen von 0,5—1,0 g, je nachdem bei stündlicher Messung die Temperatur 38° oder 39° überstieg. Trotzdem waren häufig 15—20 Dosen in 24 Stunden nöthig, um die Temperatur dauernd in der Nähe der Norm zu erhalten. Im Durchschnitt brauchte man bei dieser Methode 9,1 g pro die.

Mit Recht unzufrieden mit diesem Effekte ging R. zu Versuchen mit größeren Gaben über, die er bis zu 3,5 g steigerte, bald aber wieder auf 2,5 g ermäßigte, nachdem er stundenlang andauernde Cyanose, Apathie und Pulsverlangsamung bis zu 36 dadurch entstehen gesehen hatte.

Die 2,5 g-Dosen wurden verabreicht, sobald die Temperatur 39° überstieg, aber auch trotz des nachhaltigeren Effektes der großen Gaben war doch eine drei- oder viermalige Verabreichung nöthig, so dass die Tagesquantität durch diese Anwendungsweise nicht gemindert wurde.

Was die Nachwirkungen sowohl der größeren wie der kleineren Gaben betrifft, so wurden von R. die Beobachtungen früherer Autoren bestätigt. Die Frostanfälle kehrten in einzelnen Fällen fast täglich wieder und dauerten unter Umständen $1^1/_2$ Stunden, Schweiße bestanden bei den kleineren Gaben fast den ganzen Tag, dauerten aber auch nach den größeren Dosen oft bis zu 3 Stunden und mehr, im Urin wurde einige Male Eiweiß beobachtet, Erbrechen trat unter

100 Fällen 3mal ein, der Puls blieb in der künstlichen Apyrexie oft noch auf 100 und darüber.

Alle diese unangenehmen Nebenwirkungen sind nicht sehr geeignet, das Kairin für eine ausgedehntere Anwendung in der Privatpraxis zu empfehlen, und auch das Auftreten von Delirien, die allerdings nach R. den Charakter des Wohlbefindens tragen, welches nur in eigenthümlicher, zum Theil hallucinirender Weise geäußert wird, scheint uns nicht gerade zu den besten Eigenschaften des Kairin zu gehören.

Das Facit aller Kairinbeobachtungen ist und bleibt also die Thatsache, dass wir Einknickungen der Temperaturkurve nur mit Nebenwirkungen einkaufen, die für den Kranken vielleicht nachtheiliger sind, als die noch lange nicht genügend bewiesenen Schädlichkeiten der erhöhten Eigenwärme des Körpers. **Unverricht** (Breslau).

---

14. **G. B. Queirolo.** Sull' uso ipodermico della Cairina.

(Gazz. degli ospitali 1883. No. 101.)

Q. hat Kairin subkutan angewendet und zwar 1—5 dg auf 1 g warmes Wasser von 30—35° C. Er beobachtete, dass nach Injektion von 0,1—0,3 Kairin nur unsichere und unbedeutende Temperaturerniedrigung (höchstens um 1° C.) nach ca. 1/2 Stunde eintrat und nach 2 Stunden verschwunden war. Dosen von 0,5—1,0 g erzeugten sofort einen Temperaturabfall von mehreren Graden — einmal von 5° C. — welcher erst nach mehreren Stunden ausgeglichen war. Zugleich mit der Temperatur sank auch die Pulsfrequenz. Die subkutane Anwendung als solche hatte keinerlei Unannehmlichkeiten.

Kayser (Breslau).

---

15. **C. Boraggi.** Nota terapeutica ed istrumenti nuovi.

(Gazz. degli ospitali 1883. No. 94.)

B. empfiehlt den innerlichen Gebrauch von Chloroform — am besten 3—6 g auf 400 g Emulsion in mehreren Stunden, resp. in einem Tage zu verbrauchen — als schmerzstillendes Mittel bei Schmerzen, die vom Magen ausgehen, bei Gallensteinkoliken, bei unstillbarem Erbrechen. Es soll gut genommen werden und scheint keinerlei üble Wirkungen zu haben. **Kayser** (Breslau).

---

16. **Thomas Buzzard.** Clinical Lecture on the treatment of partial Epilepsy by encircling blisters, with Transfer of the aura.

(Lancet 1884. I. p. 373.)

Der bekannte englische Neurologe theilt in einer klinischen Vorlesung hier einen Fall von partieller Epilepsie mit, der durch Anlegen einer Blase (Kantharidentinktur) rund um das Bein, in dessen Groß-

zehe die Aura begann, sehr wesentlich gebessert wurde. Die Epilepsie bestand seit 14 Jahren, war aber erst in den letzten Monaten täglich aufgetreten. Nicht immer ging unter allgemeinen Krämpfen das Bewusstsein verloren, manchmal war vielmehr nur die Muskulatur des rechten Armes und Beines betroffen. Drei Monate vor der Aufnahme in das Hospital war nach einer Reihe besonders heftiger Anfälle Parese des rechten Armes und Beines eingetreten. In einer Woche hatte Pat. trotz reichlicher Gaben von Bromkali 28 Anfälle. Man legte also, wie oben gesagt, rund um das Bein, in dem die Aura gefühlt wurde, einen Blasenring an. Zunächst wurden die Anfälle etwas seltener, aber die Aura trat im anderen Beine auf, was nie vorher vorgekommen war, sie war aber, wenn auch in geringerem Grade als früher im rechten Bein noch zu fühlen. Nachdem man einige Tage später einen zweiten Blasenring gezogen, blieben 19 Tage lang die Anfälle ganz weg und als sich wieder einer zeigte, war die Aura im rechten Bein gar nicht mehr vorhanden. Bei Fortsetzung der Behandlung blieben die Anfälle zwar nicht weg, wurden aber seltener (7 in 30 Tagen), die allgemeine Gesundheit, namentlich auch das Gedächtnis und die Geisteskraft, nahmen wesentlich zu. Die Schwäche im rechten Bein verschwand ganz, und der Druck der rechten Hand wurde eben so kräftig wie der der linken.

Im Anschluss an diesen Fall theilte Redner mit, dass er den Transfert der Aura wiederholt künstlich bei anderen Kranken durch Blasenpflaster erzeugt habe, einmal sogar in einem Falle von Hirntumor.

Er legt einen besonderen Werth darauf, dass die Blasen in Braceletform um das Glied gelegt werden, bedient sich auch gelegentlich des Paquelin zu diesem Zwecke. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

17. **Hirt.** Über die Behandlung der Epilepsie.

(Verhandl. der med. Sektion der schlesischen Gesellschaft.)
(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1883. No. 22.)

H. hat bei halbseitiger Epilepsie günstige Resultate durch die Anwendung von Hautreizen gesehen, wenn dieselben an dem Gliede applicirt wurden, von welchem in irgend einer Form die Aura des Anfalls ausging. H. hat in 5 Fällen einseitiger Epilepsie ein bereits über mehrere Monate sich erstreckendes Ausbleiben von Anfällen, die theilweise bis dahin täglich wiederholt auftraten, dadurch erzielt, dass er an dem für die Aura zum Ausgangspunkte dienenden Gliede ein ringförmiges 2—3 cm breites spanisches Fliegenpflaster anlegte. In 4 Fällen zeigte sich vor dem völligen Verschwinden der Anfälle ein Transfert, indem die Anfälle auf der entgegengesetzten Seite auftraten.

In der Diskussion bezweifelt Berger, ob es sich in dem einen

Falle, bei welchem täglich bis 30 Anfälle auftraten, wirklich um Epilepsie handele, es kämen auch halbseitige hysterische Konvulsionen vor.

Kayser (Breslau).

---

18. **P. Rosenbach.** Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung des Bromkalium.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 2.)

Schon Albertoni hat bekanntlich gezeigt, dass Bromkalium bei Thieren die Erregbarkeit des Großhirns bedeutend herabsetzt; doch blieb dabei ungewiss, welche Hirntheile von der Herabsetzung der Erregbarkeit getroffen wurden. Diese Frage suchte R. durch Versuche an Thieren (Hunden) zu entscheiden; es wurde nach Bloßlegung des Gehirns in der Gegend der Regio cruciata zuerst das Zuckungsminimum — mittels Schlittenapparat gemessen — bei Reizung eines Rindencentrums, sodann nach Zerstörung des letzteren durch Kauterisation oder Auslöffelung das Zuckungsminimum an der unterliegenden Marksubstanz bestimmt, und dem Thiere hierauf eine 4 bis 5%ige wässrige Bromkaliumlösung per os verabreicht. Bei glücklich gewählter Dosis (0,6—0,7 g pro Kilo Körpergewicht) zeigt der Hund nach einigen Minuten Trägheit und Abnahme der Sensibilität; nach 10—20 Minuten erfolgt keine Reaktion auf äußere Reize, die anfänglich vorhandene Hirnhyperämie nimmt ab. Zugleich sinkt die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde allmählich, jedoch ziemlich rasch, und zu einer gewissen Zeit lassen sich von der Rinde aus durch die stärksten Ströme keine Bewegungseffekte mehr hervorrufen — während dagegen Reizung der bloßgelegten weißen Substanz noch bei »ungefähr« derselben Stromstärke wirksam ist wie vor der Vergiftung. R. schließt daraus, dass »bei genügender Intoxikation durch KBr an Hunden die Erregbarkeit der Großhirnrinde für elektrische Reize abnimmt oder ganz verschwindet, während die Erregbarkeit der unterliegenden weißen Substanz beinahe unverändert bleibt«. Er erinnert auch an die Arbeit von Tschycz, dem zufolge das KBr bei Hunden degenerativ-atrophische Veränderungen ausschließlich in den Nervenzellen der grauen Substanz (des Rückenmarks) hervorrufe, die weiße Substanz dagegen intakt lasse.

A. Eulenburg (Berlin).

---

19. **Dujardin-Beaumetz.** Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine.

(Bull. gén. de thérap. 1884. Jan. 15.)

Die schon öfters hervorgehobene antagonistische Wirkung des Alkohol und Strychnin ist für Verf. Veranlassung gewesen, nach dem Vorgange von Luton in Rheims das Strychnin als Antidot bei chronischem Alkoholismus und zwar speciell bei Delirium tremens zu geben; und die Erfolge sind so gute, dass man dringend wünschen muss, es würden von möglichst vielen Seiten

Erfahrungen darüber gesammelt. Durch zweimalige subkutane Injektion von 5 mg (schwefelsauren) Strychnins innerhalb 24 Stunden oder entsprechende interne Applikation kann man bei Delirenten vorzügliche Resultate erzielen; auch bei einfacher starker Berauschung ist die Wirkung sehr gut.

Luton hat auf Grund dessen sogar vorgeschlagen, die alkoholhaltigen Getränke mit Strychnin zu versetzen, um ihre Wirkung abzuschwächen. Verf. wendet sich gegen diesen Vorschlag, besonders desshalb, weil die anderen schädlichen Wirkungen des Alkohols (interstitielle Entzündungsprocesse in verschiedenen Organen) dadurch jedenfalls nicht aufgehoben würden, und auch darum, weil dadurch um so eher der Alkoholgenuss noch gesteigert werden würde.

Die Ausführungen des Verf.s sind durchaus objektiv, die ganze an Umfang kleine) Arbeit höchst lesenswerth, und die Resultate allgemeiner Beachtung und weiterer Prüfung würdig.

Küssner (Halle a/S.).

Kasuistische Mittheilungen.

20. **Jos. Toelg und Edm. Neusser.** Ein Fall von Icterus catarrhalis mit letalem Ausgange.

(Aus der Klinik des Prof. v. Bamberger in Wien.)

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 4. p. 321.)

Verff. beschreiben einen Fall von unkomplicirtem katarrhalischem Ikterus, welcher binnen kurzer Zeit unter den Erscheinungen hämorrhagischer Diathesis tödlich endete. Sie waren nicht im Stande, in der Litteratur ähnliche Beobachtungen ausfindig zu machen. Es handelt sich um einen 39jährigen Tischler, welcher nach dem Genusse einer verdorbenen Leberwurst an Gelbsucht erkrankte, wobei noch besonders hervorzuheben ist, dass Wurstvergiftung auszuschließen ist. Als Pat. in der 7. Krankheitswoche auf die Klinik aufgenommen wurde, bot er außer den Erscheinungen eines intensiven Ikterus vielfache kleinere und diffusere Hautblutungen dar. Vergrößerte, druckempfindliche Leber. Palpable Gallenblase. Milzschwellung, von welcher Verff. mit Recht angeben, ihr auch bei anderen Fällen von katarrhalischem Ikterus begegnet zu sein. Im Stuhl Sterkobilien. Keine cerebralen und kardialen Symptome. Am 7. Tage nach der Aufnahme Schmerzen in Schulter-, Ellbogen-, Hüftgelenk, in den Thoraxseiten und in der Unterbauchgegend. Der Urin wird bluthaltig und hat Eiweiß. Mittags Angstgefühl und Collapserscheinungen, bald darauf Benommenheit des Sensoriums und Tod unter Konvulsionen. Bei der Sektion findet man zahlreiche Blutungen im subkutanen Zellgewebe, im Epikard, unter Pleura und Peritoneum, eben so in der Nierenkapsel. In Pleura- und Perikardialhöhle blutig tingirtes Fluidum. Ausgang des Duct. choledochus durch einen Schleimpfropf verschlossen, über ihm ein erbsengroßer Schleimpolyp. Ductt. choledochus und hepaticus bis zur Dicke des Dünndarms erweitert und mit Galle gefüllt. Gallenstasis in allen interhepatischen Gallenwegen, bei mikroskopischer Untersuchung um die Gallenwege dichte kleinzellige Wucherung und die peripheren Leberzellen atrophisch. Die Milz aufs Doppelte vergrößert.

Das Zustandekommen der hämorrhagischen Diathesis führen Verff. vornehmlich auf Verunreinigung des Blutes mit resorbirten Gallensäuren zurück. Vielleicht

dass für den speciellen Fall noch eine Art von individueller Prädisposition hinzukam, letztere bedingt durch den eingestandenen, freilich mäßigen Abusus spirituosorum.

Eichhorst (Zürich).

21. **G. Fabbri.** Un caso di vomito incoïrcibile guarito sifone col del Faucher.

(Gazz. degli ospitali 1883. No. 89 u. 90.)

Eine 20jährige Nonne bekam ohne nachweisbare Ursache ein unstillbares Erbrechen, welches nach dem Genuss jeder festen oder flüssigen Speise eintrat, nur Chinadekokt, am Morgen genommen, wurde behalten. Das Erbrechen hielt zwei Jahre 2 Monate ununterbrochen an, die Kranke magerte zum Skelett ab, bekam mannigfache Ödeme und konnte schließlich das Bett nicht verlassen, ohne dass sonst irgend welche krankhafte Veränderungen nachweisbar waren. Alle Mittel, auch Ausspülung des Magens, waren erfolglos, die Ernährung musste per rectum geschehen, was lange Zeit von der Pat. gut vertragen wurde. Schließlich versuchte F., durch eine Mittheilung Charcot's aufmerksam gemacht, die Ernährung mit der elastischen Schlundsonde (sifone del Faucher) und siehe da! das Erbrechen hörte auf, die künstlich eingeführten Speisen wurden vom Magen behalten. Unter dieser Behandlung, bei welcher die Sonde 2—3mal täglich eingeführt wurde, besserte sich der Zustand der Kranken nach jeder Richtung in kurzer Zeit, so dass sie bald wieder zu ihren gewohnten Beschäftigungen zurückkehren konnte. (Ob die natürliche Ernährungsweise wieder möglich war, ist nicht gesagt. Ref.) F. glaubt, den günstigen Erfolg der künstlichen Ernährung dadurch erklären zu können, dass auf diese Weise, sei es die mechanische Reizung der Schleimhaut oder die als Brechreiz wirkende Aktion der Schlingmuskeln in Wegfall gekommen sei.

Kayser (Breslau).

22. **Schwarz.** Über spontane Septikämie in Folge von infektiöser extra-puerperaler Salpingo-Peritonitis.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 13 u. 15.)

S. beschreibt 2 Fälle von Septikämie, bei denen die Infektion erfolgt war durch den Genitalapparat, ohne auf dem Eingangswege selbst irgend welche post mortem noch konstatirbare Veränderungen hervorgerufen zu haben. Den primär infektiösen Herd bildete eine eitrige Salpingitis und von da ging der Process auf das Peritoneum über, von dem aus dann die Allgemeininfektion erfolgte.

Seifert (Würzburg).

23. **R. v. Jaksch.** Drei Fälle von Typhus recurrens.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 5, 6, 7.)

Die beschriebenen Fälle sind die ersten in Wien beobachteten. Der Verlauf weist nichts Auffallendes auf; ätiologisch war bei den beiden ersten Pat. nichts zu ermitteln, der dritte Fall war eine Spitalinfektion. Besonderen Werth legt der Verf. auf das Vorkommen von Diplokokken im Blut während der Apyrexie; er fand dieselben ausnahmslos, »besonders wenige Stunden vor dem Anfall in großer Zahl; ja es machte den Eindruck, als ob diese Diplokokken im Beginn des Anfalls zu kurzen dicken Stäbchen auswüchsen, aus denen sich dann erst die Rekurrensspirillen entwickeln«.

Strassmann (Leipzig).

24. **R. B. Mitchell.** Zwei Fälle von Hirntumor.

(Edinburgh med. journ. 1883. Nov. p. 430.)

Fall 1. Kräftiger 40jähriger Mann, Alkoholiker, hat im 35. und 39. Lebensjahre apoplektiforme Anfälle gehabt. Nach dem ersten schon bleiben Arm und Bein rechts gelähmt, nach dem zweiten trat ein blödsinnähnlicher Zustand auf. Die

linke Pupille war erweitert, die Sprache undeutlich, die Zunge wurde nach links herausgestreckt. Der Sehnenreflex links war erhöht.

Die Autopsie ergab alte Septomeningitis, 3 kleine frischere Blutungen im Corpus striatum links, in der Substanz des Schläfenlappens lag ein zollgroßer Tumor, der aus fibrillärem Stroma und Rundzellen bestand. Im Tumor und an anderen Stellen des Gehirns wurde Endarteritis obliterans gefunden.

Fall 2. 52jähriger Alkoholiker, vor 2 Jahren an heftigen Schmerzen in der rechten Schläfe erkrankt, hatte seit 15 Monaten epileptiforme Anfälle. Aus dem sehr oberflächlichen Status bei der Aufnahme geht hervor, dass er geistig schwach und exaltirt war, dass er das rechte Bein etwas schleppte und dass die Artikulation schwer, »dick« war. Es bestand Mitral- und Aorteninsufficienz. Im Hospitale starb Pat. an einer Serie epileptischer Anfälle, welche alle in der rechten Wange begannen und sich dann auf den rechten Arm und das rechte Bein ausdehnten.

Die Autopsie ergab einen Tumor in der hinteren Partie der zweiten rechten Frontalwindung von Haselnussgröße. Außerdem wurde starke Verdickung, Verwachsung zwischen Pia und Rinde gefunden über der Mitte beider Centralwindungen und den Basen der 1. und 2. Stirnwindung links. Ferner fand sich Erweichung des rechten Schläfenlappens und nahe am rechten Olfactorius ein weiterer Erweichungsherd. Überall im Gehirn waren die Gefäßwände stark mit Rundzellen erfüllt.

Verf. neigt dazu beide Fälle als syphilitische Arterienerkrankung aufzufassen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

25. M. Bernhardt. Ein Beitrag zur Lehre vom Kopftetanus (Tetanus hydrophobicus, Rose).

(Nach einem am 7. Jan. 1884 im Verein für innere Medicin gehaltenen Votrage.)
(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 4. p. 410.)

Einem 32jährigen Manne war am 17. Oktober 1883 eine Dermoidgeschwulst am linken Arcus supraorbitalis entfernt worden, ohne dass dabei eine Verletzung eines Nerven stattgefunden hatte. Am 22. Oktober stellte sich Behinderung beim Mundöffnen ein und bald darauf gesellten sich Schmerzen im Rücken, Schling- und Schluckbeschwerden hinzu. Als B. den Kranken am 30. Oktober sah, erkannte er sofort, dass es sich um jene eigenthümliche Form von Tetanus handelte, welcher Rose den Namen Tetanus hydrophobicus beigelegt hat. Die objektiven Veränderungen waren folgende: Am linken äußeren Augenlidwinkel eine frische, 1 cm lange, schmerzfreie Operationsnarbe — Lähmung des linken Facialnerven in seinen sämmtlichen Zweigen — trotzdem gespannter und gezwungener Gesichtsausdruck — elektrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln unverändert, nur am linken M. frontalis partielle Entartungsreaktion — deutliche Kieferklemme — bei Schluckversuchen krampfhafte Kontraktionen der Schlundmuskulatur — Taubheitsgefühl an Kinn und Unterlippen — freies Sensorium — unruhiger Schlaf — Kreuzschmerzen — beengendes Gefühl auf der Brust. Pat. ließ sich in Bethanien aufnehmen und ging hier am 2. November unter zunehmendem Collaps zu Grunde, nachdem sich kurz vor dem Tode spontane Zuckungen eingestellt hatten. Sektion negativ. Makroskopisch wenigstens an Pons und verlängertem Mark, auch nicht an ausgeschnittenen Facialisästen Abnormes zu erkennen. Mikroskopische Untersuchung des Centralnervensystems wird später vorgenommen werden.

Die Zahl der bisherigen Beobachtungen von Kopftetanus beläuft sich auf 10. Immer kam Facialislähmung auf Seite der Wunde vor, welche letztere sehr oft nahe dem Auge gelegen war. 8 Fälle betrafen Männer; durchschnittlich stellten sich die ersten Erscheinungen 8 Tage nach dem Trauma ein (1mal schon nach 2 Tagen). 4mal erfolgte Heilung. Schlundkrämpfe können fehlen, wesshalb B. den Namen Tetanus hydrophobicus nicht immer für zutreffend erklärt. Leider ist die passendere Bezeichnung: Kopftetanus mit gleichseitiger, dem Sitz der Wunde entsprechender Facialislähmung — zu lang. **Eichhorst** (Zürich).

26. Bernhardt. Beitrag zur Lehre von der sogenannten partiellen Empfindungslähmung.

(Nach einem in der Gesellschaft für Psych. und Nervenkrankh. am 10. Dec. 1883 gehaltenen Vortrage.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 4.)

B. stellte einen 19jährigen Pat. vor, bei dem sich vor 4 Jahren — wahrscheinlich anlässlich einer größeren Anstrengung — ziemlich plötzlich (?) eine eigenthümliche Alteration der Sensibilität gewisser Körperpartien entwickelt hatte: in den letzten 20 Monaten war dieselbe stationär geblieben. Diese Störung der Sensibilität erstreckte sich auf die gesammte rechte obere Extremität, die rechte vordere und hintere Thoraxfläche bis zur 4. Rippe, resp. zur Schulterblattmitte, die rechte Nacken-, Hals-, Schultergegend, die rechte Hinterhaupts- und Scheitelkopfhaut incl. des Ohres. Die Sensibilitätsstörung war eine partielle; Schmerzgefühl und Temperaturgefühl waren so gut wie vernichtet, die übrigen Qualitäten der Sensibilität nicht oder nur in geringem Grade beeinträchtigt. Die Affektion schnitt genau in der Mittellinie ab, war an der rechten Gesichtshälfte nur in sehr geringer Intensität ausgesprochen. Die rechtsseitigen Sinnesorgane und die gesammte übrige Hautoberfläche intakt. Von motorischen Störungen nur eine ganz geringe Krafteinbuße der rechten, vielleicht auch der linken Oberextremität. Keine Spur von Ataxie, keine trophischen Störungen der Haut und Muskeln, doch war im Laufe des letzten Jahres bei geringer Anstrengung eine Fraktur der rechten Ulna, bei ähnlichem Anlass eine Loslösung der oberen Radiusepiphyse zu Stande gekommen.

B. entscheidet sich bei der Diskussion der möglichen anatomischen Ursachen dahin, dass ein Leiden im Bereich der rechtsseitigen hinteren Cervicalwurzeln vom I.—VIII., oder nur ein Leiden der hinteren Abschnitte der grauen Substanz im gesammten Cervikalmark vorliege. Die geringe Betheiligung der rechten Gesichtshälfte findet ihre Erklärung in einer Mitaffektion der aufsteigenden Trigeminuswurzel. B. spricht die Vermuthung aus, dass es sich um einen Fall von centraler Höhlenbildung im Rückenmark handle, analog den Fällen von Späth-Schüppel, Westphal, Schultze, Kahler, Fürstner und Zacher.

Die Art, wie die Ulnarfraktur und Gelenkalteration des Radiusköpfchens zu Stande kamen, spricht ihm für eine abnorme Brüchigkeit der Knochensubstanz, — analog den tabischen Knochen- und Gelenkveränderungen.

Eisenlohr (Hamburg).

27. J. B. Logan. Schädelbruch mit lokalisirbarer Lähmung.

(Lancet 1883. II. p. 536.)

Ein 15jähriger Knabe wurde durch einen heftigen Schlag auf den Scheitel niedergeworfen. Als er nachher wieder zu sich kam, war das linke Bein gelähmt. Am nächsten Tag betraf diese Lähmung wesentlich die Unterschenkelmuskulatur. Sensibilität angeblich (Ref.) normal.

Auf dem gekreuzten Scheitelbein, etwa in dessen Mitte am oberen Rand saß ein Splitterbruch des Schädels. Guter Verlauf der Heilung dieser Wunde; im Laufe der nächsten Monate auch totaler Rückgang der Lähmung. In den ersten Tagen nach der Verletzung trat eine Steigerung des Plantarreflexes auf, die später wieder ganz schwand. Gleich nach dem Schlag war kein Plantarreflex vorhanden.

Edinger (Frankfurt a/M.).

28. A. Bianchi. Un caso di apiressia nella polmonite attenuto con la cairina.

(Gazz. degli ospitali 1884. No. 13.)

Ein kräftiger junger Mann von 25 Jahren bekommt eine schwere doppelseitige Pneumonie des ganzen rechten Oberlappens und eines Theils des linken Unterlappens. Am ersten Tage hält sich die Temperatur auf 40° und darüber, die Pulsfrequenz ist 145, Respirationsfrequenz 48 in der Minute. B. verordnet Kairin und

zwar 2stündlich $^1/_3$ g. Sofort sinkt die Temperatur allmählich bis auf ca. 37°, der Puls auf 80 Schläge, nur die Respiration bleibt nach wie vor frequent. Unter fortdauernder Anwendung des Kairin bleibt der Kranke 9 Tage lang bis zur vollständigen Lösung der Pneumonie völlig fieberfrei bei relativ gutem Allgemeinbefinden, ohne irgend welche unangenehmen Nebenwirkungen, abgesehen von grüngefärbtem kairinhaltigem Urin. Bis zum 7. Tage wurden täglich 4 g, von da ab 2 g Kairin verbraucht. **Kayser** (Breslau).

29. **Jansen** (Helder). Über die antifebrile Wirkung des Kairin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 46.)

Verf. untersuchte die Wirkung des Kairin an 5 Fällen: asthenische Pneumonie, Pleuritis, Febris typhoidea, Phthisis pulmonum, periartikuläre Phlegmone, und es geht aus seinen Versuchen hervor, dass durch Kairin die krankhaft erhöhte Temperatur herabgesetzt wird, dass diese Wirkung nicht bei allen Krankheiten gleich leicht erreicht wird, und dass dieselbe sehr kurze Zeit andauert.

Unangenehme oder gefährliche Nebenerscheinungen hat J. nicht beobachtet. Die Pulsfrequenz wurde herabgesetzt manchmal bis zur Norm, dieser Einfluss zeigte sich jedoch später als der auf die Körpertemperatur.

Um den antipyretischen Effekt festzuhalten, musste J. die gleichen Dosen fortgeben wie Anfangs vor der Temperaturerniedrigung. **Seifert** (Würzburg).

30. **Eger.** Zehntägige Anurie.

(Verhandl. der med. Sektion der schlesischen Gesellschaft.)

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. p. 37.)

Bei einem 59jährigen seit lange steinleidendem Manne trat am 14. November 1883 unter mäßigen Schmerzen eine absolute Anurie ein, welche bis zum 24. November, also 10 Tage, andauerte. Der Kranke befand sich dabei relativ wohl, hatte keine Schmerzen. Erst am 10. Tage gaben sich urämische Erscheinungen (Konvulsionen, Hautjucken) kund, unter welchen auch der Tod erfolgte. Die Sektion ergab: mäßige Hydronephrose, Schwund der Marksubstanz beiderseits, feinere und gröbere Konkremente in beiden Nierenbecken, beide Ureteren durch Steineinkeilung undurchgängig, der rechte an der Abgangsstelle aus dem Nierenbecken, der linke 5 cm vor der Ausmündung in die Blase. **Kayser** (Breslau).

31. **Fletcher Inglas.** Treatment of laryngeal phthisis.

(Archives of laryngology Bd. IV. Hft. 4.)

I. stellt folgende, für die Behandlung des Leidens maßgebende Indikationen auf: 1) die Schmerzen zu lindern, 2) wenn möglich die Krankheit zu heilen, 3) wenn das nicht gelingt, den Verlauf der Krankheit so zu beeinflussen, dass das Leben verlängert wird. Es werden mehrere Krankengeschichten angeführt, aus denen der die Erfüllung dieser Indikationen anstrebende Modus der Behandlung hervorgeht. Die Erreichung der sub 1 genannten Indikation gelingt am besten durch örtliche Applikation von schmerzmildernden Mitteln, unter denen der Verf. eine Mischung von Morphium 0,24, Acid. carbol., Tannin āā 1,8, Glycerin und Aqu. āā 16,0, so wie die Anwendung des Eukalyptol empfiehlt. I. bestätigt die auch von anderer Seite gemachte Erfahrung, dass es durch örtliche und allgemeine Behandlung gelingt, die Kehlkopfphthise zuweilen zur Heilung zu bringen, wobei nach seiner Ansicht der topischen Therapie eine wesentliche Rolle zufällt.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 18. **Sonnabend, den 3. Mai.** **1884.**

Paraldehyd als Schlafmittel.

Von

Dr. E. **Kurz** in Florenz.

Nach der Empfehlung von Cervello und nach den zahlreichen Versuchen von Morselli (s. das Referat in No. 24 dieses Centralblatts 1883) habe ich mit dem Paraldehyd als Hypnotikum zu experimentiren begonnen und dieses Mittel bisher in 24 Fällen zum Theil in wiederholten und auch in länger fortgesetzten Gaben mit einem bis auf wenige Ausnahmen sehr günstigen Erfolg angewandt. Da zur Zeit noch relativ wenige Veröffentlichungen über die Wirkung des Paraldehyd vorliegen, erlaube ich mir meine Beobachtungen denen von Berger, Peretti, Gugl, Langreuter, Dujardin-Beaumetz, v. Noorden anzureihen.

Die angewandte Dosis betrug gewöhnlich 3 g, manchmal 4, und wurde meist auf einmal in wässriger Lösung gegeben. Bei Verabreichung in refracta dosi schien die Wirkung weniger sicher zu sein. Die Schlaflosigkeit war durch die verschiedensten Ursachen bedingt

und hatte in der größeren Zahl der Fälle bereits eine Zeit lang bestanden trotz der Verordnung anderer narkotischer Mittel. Die Fälle, in denen die Verwendung des Paraldehyds stattfand, sind der Reihe nach notirt die folgenden.

1) Phthisis mit zeitweiser Schlaflosigkeit. Bei wiederholter Anwendung prompte Wirkung des Paraldehyd.

2) Schlaflosigkeit mit großer Unruhe nach mehrtägigem Eisenbahnfahren. Durch Paraldehyd vollständig ruhiger Schlaf.

3) Verjauchtes Mammacarcinom. Schlaf durch Paraldehyd, wenn durch Morphiuminjektionen die Schmerzen betäubt waren. Morphium wirkte nicht schlafmachend, eben so wenig Cannabinum tannicum; Chloral regte noch mehr auf.

4) Schlaflosigkeit nach heftigen psychischen Aufregungen. Wiederholt günstiger Erfolg. Chloral hatte auch gewirkt, aber Kopfweh erzeugt.

5) Mitralinsufficienz mit starker Dyspnoe. Nächte schlaflos im Lehnstuhl. Mangelhafte Wirkung des Paraldehyds, eben so auch des Chlorals, Morphiums, Cannabins.

6) Schlaflosigkeit nach Typhus. Morphium wirkt aufregend, Cannabin gar nicht, Paraldehyd gut.

7) Oophoritis chronica mit habituell schlechtem Schlaf. Paraldehyd ohne Wirkung, Cannabin mit vorübergehender. Porter und Pale-Ale verbessern den Schlaf.

8) Akute Melancholie. Schlaf und rasche Wiederherstellung bei fortgesetztem Gebrauch von Paraldehyd.

9) Meningitis spinal. chron. mit sehr schlechtem Schlaf. Morphium geradezu nachtheilig. Paraldehyd bei jedesmaliger Anwendung von promptem Erfolg, eben so Cannabin, doch von schwächerer, weniger anhaltender Wirkung.

10) Nervöse Erregungszustände mit Schlaflosigkeit nach einer heftigen Gemüthsbewegung. Paraldehyd erregt Ekel und Übelkeit und bleibt ohne Wirkung. Es besteht eine Idiosynkrasie gegen alle Narkotika. Chloral und Morphium haben stets nur aufregend gewirkt und Erbrechen verursacht. Bier verschafft Schlaf und Beruhigung.

11) Melancholie mit Wahnideen (im Klimakterium). Trotz Bromnatriumgebrauch kein Schlaf. Paraldehyd wirkt regelmäßig einschläfernd.

12) Phthisis mit durch mäßigen, aber anhaltenden Husten erzeugter Schlaflosigkeit. Morphium in kleinen Dosen wirkt ungenügend (in größeren schlecht ertragen), Paraldehyd sehr gut.

13) Phthisis mit Schlaflosigkeit in Folge von Zwangsvorstellungen. Paraldehyd wiederholt mit gutem Erfolg.

14) Schlechter Schlaf mit ängstlichen Träumen und Alpdrücken bei Phthisis. Paraldehyd eben so, während Morphium die Zustände steigert.

15) Schlaflosigkeit bei einer VIpara im Wochenbett. Hat in jedem

Wochenbett bestanden und allen Mitteln getrotzt. Paraldehyd führt sofort den Schlaf herbei.

16) Schlaflosigkeit bei Supraorbitalneuralgie und geistiger Überanstrengung. Paraldehyd erzeugt wiederholt Schlaf. Noch günstiger wirkt Cannabin, indem es die gegen jedes Mittel rebellische Neuralgie wesentlich mildert. Crotonchloral, Morphium, Opium hatten nicht narkotisch gewirkt.

17) Myokarditis mit heftigem, den Thorax erschütternden Herzklopfen, welches das Schlafen unmöglich macht. Morphium, Cannabin und Paraldehyd wirkungslos. Schlaf nach Applikation der Leiter'schen Röhren.

18) Exaltationszustände mit Schlaflosigkeit nach Überreizung des Nervensystems. Cannabin wirkt beruhigend, Paraldehyd schlafmachend.

19) Schlaflosigkeit in der Rekonvalescenz von einer Angina Ludovici. Gleiche Wirkung.

20) Schlechter Schlaf bei Chlorose mit Kopfweh, Herzpalpitationen etc. Paraldehyd mehrmals mit gutem Erfolg.

21) Chronischer Magenkatarrh mit Schlaflosigkeit. Früher Chloral mit unbefriedigender Wirkung. Paraldehyd wird gut ertragen und schafft, in Pausen angewandt, jedes Mal Schlaf.

22) Gehirnhyperämie mit intensiven Reizerscheinungen, Aufregung, Schlaflosigkeit. (Bei dem gleichen Zustand hatte Pat. früher einmal Chloral gebraucht mit sehr nachtheiliger Wirkung.) Paraldehyd in abendlichen Dosen von 4 g, durch 12 Tage fortgesetzt, hatte fast jede Nacht mehrstündigen ruhigen Schlaf zur Folge.

22) Lungengangrän. Schlaflosigkeit durch Husten. Morphium schlecht ertragen. Hyoscyamin erfolglos. Paraldehyd schafft Schlaf für die ersten Stunden der Nacht.

24) Akute Melancholie, Selbstmordversuch durch Abschneiden der Pulsadern. Schlaflosigkeit bei großer Anämie. Durch 4 Nächte mittels Paraldehyd meist ruhiger Schlaf, von da an Schlaf ohne Mittel, Anfangs unruhig, allmählich mit Besserung des Zustandes normal.

Mangelhaft oder negativ war die Wirkung des Paraldehyds in dieser Versuchsreihe unter 24 Kranken nur bei vieren, was bei der großen individuellen Verschiedenheit in der Reaktion auf narkotische Mittel gewiss nicht zum Nachtheil des Paraldehyd spricht, um so weniger als in diesen 4 Fällen eine Wiederholung des Versuchs nicht vorgenommen wurde und in zweien derselben mechanische, das Einschlafen hindernde Verhältnisse obwalteten. Eine konträre Wirkung, Vermehrung der Aufregung, wie sie bei Chloral und besonders bei Morphium nicht selten beobachtet wird, fand in keinem Fall statt.

Fast immer trat der Schlaf innerhalb einer halben Stunde ein und dauerte 5—7 Stunden entweder ununterbrochen oder mit kurzen Unterbrechungen, wie solche bei vielen Menschen auch im physiologischen Schlaf manchmal einzutreten pflegen. Eine Steigerung des

Traumlebens, die dem Einfluss des Paraldehyd hätte zugeschrieben werden können, konnte nie konstatirt werden. Selbst wenn keine oder eine ungenügende hypnotische Wirkung eintrat, gaben die Kranken an, sich nach dem Einnehmen beruhigt gefühlt zu haben, während bei anderen narkotischen Mitteln, wenn sie ihren Zweck nicht erfüllen, so häufig das gegentheilige Resultat zu Stande kommt.

Der Sicherheit des Experimentes wegen fand die Verabreichung des Paraldehyd gewöhnlich erst dann statt, wenn die Kranken bereits eine Zeit lang vergeblich einzuschlafen versucht hatten und also ihr Zustand den Eintritt eines natürlichen Schlafs zum mindesten als unwahrscheinlich erscheinen ließ.

Bei einigen Kranken, die während des Schlafs beobachtet werden konnten, ließ sich eine mäßige Verlangsamung des Pulses mit geringem Nachlass der Arterienspannung wahrnehmen (wenn vorher erhöhte Spannung bestand). Exaktere Untersuchungen in dieser Richtung waren durch die Verhältnisse unmöglich.

Kopfweh folgte dem Paraldehydschlaf in keinem von allen Fällen. Einige Male wurde über den schlechten Geschmack des Mittels und über den unangenehmen Geruch der Exspirationsluft geklagt. Die Übelkeit, die in einem Fall eintrat, konnte bei der bestehenden Hyperästhesie des Magens kaum dem Paraldehyd als solchem zur Last gelegt werden. (Seit der neuen Angabe Berger's habe ich das Mittel mehrmals als Emulsion mit Gummi und Syr. amygd. verordnet und gefunden, dass in dieser Form der Geschmack sehr erträglich ist.)

Nie traten unangenehme Nebenwirkungen ein, auch nicht bei Herzkranken oder bei anämischen, geschwächten Personen.

Die Präparate, die zur Anwendung kamen, stammten von Merck und von Gehe.

Aus den vorliegenden Beobachtungen ergeben sich folgende Schlüsse:

Der Paraldehydschlaf kommt dem natürlichen Schlaf am nächsten und ist nicht von Nachwirkungen gefolgt, wie sie den anderen Narkoticis eigen sind. (Dem Paraldehyd in der Art der Wirkung nahestehend, aber weniger sicher und nicht ganz frei von den Inkonvenienzen der anderen Narkotika ist das von Fronmüller eingeführte Cannabinum tannicum.) Auch tritt, so weit bekannt ist, beim Paraldehyd keine Gewöhnung ein wie bei Morphium und Chloral, so dass keine Steigerung der Dosis nothwendig wird, und das Aussetzen des Mittels mit keiner Schwierigkeit verbunden ist. Über etwaige Folgen sehr lange fortgesetzten Paraldehydgebrauchs liegen allerdings noch keine Mittheilungen vor.

Dem Paraldehyd scheint demnach unter den Schlafmitteln der erste Platz zu gebühren, wenn es sich darum handelt, Schlaflosigkeit zu bekämpfen, die nicht durch Schmerzen oder durch mechanische Störungen, wie heftigen Husten, starke Athemnoth etc. bedingt ist.

Die Hauptindikation für die Anwendung des Paralde-

hyd ist also dieselbe wie sie bisher für das Chloralhydrat bestanden hat; bei Erregungszuständen, bei Schlaflosigkeit aus psychischen Ursachen und in Folge von pathologischen Vorgängen im Nervensystem, besonders bei Geisteskrankheiten wird vielleicht das erstere Mittel dem letzteren in Bälde den Platz streitig machen.

Ob die Wirkung und Bedeutung des Paraldehyd geeignet ist, sich auch innerhalb der engeren bisher vom Morphium beherrschten Domäne geltend zu machen, und ob sie dasselbe befähigt, mit dem alten Heiland so mancher Schmerzen und Nöthe in die Schranken zu treten, muss trotz einigen zu Gunsten des Paraldehyd sprechenden Beobachtungen zunächst noch dahingestellt bleiben.

Florenz, 30. März 1884.

---

1. v. Monakow. Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der sog. Sehsphäre zu den infracorticalen Opticuscentren und zum N. opticus.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XIV. p. 699.)

Aus dem Ergebnis von Exstirpationsversuchen bei Kaninchen und Katzen, deren Details sich dem Referat entziehen, so wie aus dem Befund in einem Falle von Porencephalie beider Occipitalsphären bei einem 8monatlichen Fötus und in einem zweiten Fall von Encephalomalakie beider Occipitallappen mit Defekt der ersten linken Temporalwindung glaubt Verf. folgern zu dürfen, dass »die Occipitalhirnrinde der Säugethiere zunächst in enger Verbindung steht mit den primären Opticuscentren, nämlich dem Pulvinar, dem Corp. genic. exf. und dem vorderen Zweihügel und dass sie durch Vermittelung letzterer auch in Beziehungen zu dem Sehnerven tritt«. Die Arbeit ist noch nicht abgeschlossen und wird fortgesetzt werden.

Thomsen (Berlin).

---

2. Jos. Thomayer. Beitrag zur Diagnose der tuberkulösen und carcinomatösen Erkrankungen des Bauchfells.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 4. p. 378.)

T. fand in 8 Fällen der Eiselt'schen Klinik, dass sich die Dämpfungsgrenzen bei Erguss in einem krebsig und tuberkulös entarteten und entzündeten Peritoneum häufig, wenn auch nicht regelmäßig, anders verhalten, als bei gewöhnlichem freien Ascites. Man findet nämlich oft die rechte Unterbauchgegend tympanitisch, die linke gedämpft, bei Fehlen des Schallwechsels nach vorgenommener Lageveränderung. Grund dafür ist, dass das Dünndarmmesenterium entartet, schrumpft und die Dünndarmschlingen, die nicht selten mit einander verklebt sind, nach rechts hinüberzieht. Die rechtsseitige Verlagerung des Darmes hängt damit zusammen, dass das Mesenterium an der rechten Seite der Wirbelsäule befestigt ist. Wenn freilich schon vordem

Verwachsungen der Darmschlingen mit den linksseitigen Bauchdecken bestanden, wird man gerade links tympanitischen Schall, rechts gedämpften vorfinden können, was durch eine Beobachtung bewiesen wird. Fehlen Schrumpfungen des Netzes und Verwachsungen der Dünndarmschlingen, so werden sich die bekannten perkussorischen Verhältnisse eines freien Ascites herausbilden. In zweifelhaften Fällen sind die abnormen Dämpfungsverhältnisse für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer tuberkulösen oder carcinomatösen Peritonitis zu verwerthen.

Eichhorst (Zürich).

---

3. A. Weil. Über die hereditäre Form des Diabetes insipidus.

(Virchow's Archiv 1884. Bd. XCV. 26 S.)

Auf die Angabe eines Typhuskonvalescenten (dessen seit frühster Jugend bestehender Diabetes insipidus während der Dauer der fieberhaften Krankheit verdeckt worden und nach der Entfieberung wieder hervorgetreten war), dass »das Wassertrinken« eine in seiner Familie erbliche Krankheit sei, hat sich Verf. über jedes einzelne der 90 Glieder der Descendenz (4 Generationen) des 1772 in Oberhessen geborenen Stammvaters, speciell durch persönliche Untersuchung der noch lebenden ca. 70 Familienangehörigen informirt. Auf diese Weise ist es ihm gelungen, einen gleich wichtigen wie präcisen Beleg für die — bislang nur von einigen ausländischen Autoren mehr aphoristisch angedeutete — Heredität der Krankheit beizubringen.

Es zeigte sich nämlich, dass von 90 Nachkommen jenes Stammvaters nicht weniger als 22 (3 Kinder, 7 Enkel, 12 Urenkel) mit ausgesprochenem Diabetes behaftet, und mit Ausschluss aller fraglichen Fälle von 78 Personen 23 diabetisch (im Alter von 2—76 Jahren) und 55 frei von Diabetes waren; es hatten also 30% die Krankheit geerbt. Die Personalnotizen sind im Original einzusehen.

Die Vererbung war eine direkte ohne Überspringen von Generationen. Von jedem diabetischen Familiengliede ging die Krankheit etwa auf die Hälfte der Nachkommen über. Die Konstitution der Familie musste als eine ganz vortreffliche bezeichnet werden, namentlich auch in Bezug auf Abwesenheit von Skrofulose, Tuberkulose, Trunksucht, Störungen im Bereich des Nervensystems, der Digestion und Geschlechtssphäre.

Bei allen Kranken waren die Kardinalsymptome, gesteigerter Durst und vermehrte Harnabsonderung schon in frühester Jugend, ja selbst im Säuglingsalter aufgetreten. Es handelte sich um eine lebenslängliche höchst wahrscheinlich angeborene Krankheit, die sich zudem durch einen hohen Grad der Intensität der charakteristischen Erscheinungen, namentlich enorme Ausdehnung der Blase, die schon 1 Stunde nach der letzten Entleerung bis zum Nabelniveau stieg, kolossale Größe der geradezu literweise vor sich gehenden Einzel-

entleerungen auszeichnete. Während der Schwangerschaft zeigte sich Durst und Polyurie erheblich gesteigert.

Weder auf den Ernährungszustand noch auf das Allgemeinbefinden übte die Affektion den geringsten Einfluss aus, also eine von der Wiege bis zum Grabe »sehr gesunde« Krankheit mit quoad vitam absolut günstiger Prognose. **Fürbringer** (Jena).

---

4. **G. Artaud.** De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'uterus et de l'hypertrophie du coeur consécutive.

(Revue de méd. 1883. No. 11. p. 905—929.)

Für das Studium der sekundären Nephritis im Gefolge des Gebärmutterkrebses mit ihren Beziehungen zu der durch die Ureterligatur bedingten Nierenläsionen einerseits, für den Zusammenhang zwischen Herzhypertrophie und solchen Nephritisformen nach Analogie der entsprechenden Wirksamkeit anderer, Erkrankungen der harnleitenden Organe komplicirender Nierenentzündungen andererseits, bringt Verf. zunächst 6 werthvolle, im Original einzusehende Sektionsbefunde bei; den beiden ersten ist der Leser bereits in den einschlägigen Straus'schen Publikationen (Arch. gén. 1882) begegnet.

Die Verlegung des Harnleiters durch die Neubildung auf irgend eine Weise führt zur Erweiterung des ersteren so wie des Nierenbeckens und zur diffusen (interstitiellen wie parenchymatösen) ziemlich rapid verlaufenden Nephritis. Bei mäßiger Kompression bewahrt die Niere ihr normales Volumen oder erfährt eine Vergrößerung, während lang dauernde und intensive Verlegung des Harnleiters mit beträchtlicher hydronephrotischer Dilatation das Organ im direkten Verhältnis zum Grade der letzteren atrophiren lässt. Das Mikroskop weist im ersteren Falle (Stadium) Kerninfiltration um die Harnkanälchen und Gefäße (Glomeruli und Arterien) auf, eine Erweiterung der Tubuli contorti mit fettiger Entartung der Epithelien und eine partielle Hypertrophie der Glomeruli. In der zweiten Periode drückt sich die Nierenatrophie histologisch aus durch fibröse Umwandlung der infiltrirten Partien, cystische und fibröse Entartung der Kapseln, Atrophie der Harnkanälchen, Rückkehr des Epithels der Sammelröhren zum embryonalen Zustand.

Diese Veränderungen zeigen mannigfache Übereinstimmung mit dem Effekte der aseptischen Ureterligatur, wie sie von Charcot und Gombault, Straus und Germont (deutscher Autoren wird nicht gedacht) geübt worden, mit dem Unterschiede, dass es sich in den Krankheitsfällen beim Menschen vorwiegend um entzündliche Veränderungen handelt, während beim Thierexperiment das mechanische Moment die Hauptrolle spielt.

In allen 6 Fällen fand sich eine ausgesprochene Hypertrophie des linken Ventrikels, auch bei hochgradiger Kachexie der Leiche. (Doch

dürfte der von A. aus diesen Befunden gefolgerte Kontrast mit den Angaben Cohnheim's u. A., nach denen eine gewisse Integrität des Blutes zum Zustandekommen der Herzkomplikation gehört, sich durch die Annahme abschwächen, dass die Entwicklung der Hypertrophie in den genannten Fällen bereits vor dem Auftreten schwerer kachektischer Zustände stattgefunden hat. Ref.) Das Myokard zeigte sich in allen Fällen bei der mikroskopischen Prüfung intakt, speciell frei von interstitieller Entzündung und Gefäßveränderungen. Verf. begnügt sich, auf die Bedeutung dieser Befunde für die frühere Traube'sche Theorie und diejenige von Gull und Sutton hinzuweisen, ohne eine specielle Erklärung der Genese der Hypertrophie zu erregen. (Dem Anhänger der Cohnheim'schen Therorie wird sie keine sonderlichen Schwierigkeiten bereiten. Ref.)

Fürbringer (Jena).

---

5. A. Blum et M. Duval. Du cancroïde de la peau.

(Arch. gén. de méd. 1883. p. 130—145.)

Die Prognose der Hautkrebse hängt keineswegs allein von ihrer histologischen Struktur ab, sondern ganz wesentlich auch von ihrem Sitz, ihrer Entwicklung und der Konstitution des Kranken. So weicht, ganz abgesehen von den Differenzen zwischen Schleimhaut- und Hautkrebs, der klinische Charakter der in unmittelbarer Nachbarschaft der Orificien entstehenden Formen von jenen, welche ihren Ursprung auf der Oberfläche der Haut fern von jeder natürlichen Öffnung nehmen, bedeutend ab. Gewisse papilläre Cancroïde, welche dieselben histologischen Eigenschaften wie die Warzen und Kondylome darbieten, propagiren, widerstehen jeder Medikation und inficiren in rapider Weise die Lymphbahnen.

Bekannt ist die Sonderstellung, welche das Ulcus rodens im Bereich der oberen 2 Dritttheile des Gesichts bezüglich seines Verlaufs und seiner Prognose bei aller sonstigen Analogie mit dem Cancroid einnimmt. Verff. zeigen an der Hand der letzten Arbeiten über diesen Gegenstand (insbesondere von Devergie, Thiersch, Warrens, Thin und Sangster), dass eine anatomische Differenzirung beider Formen nicht besteht, ja dass vom anatomischen Standpunkte aus sogar das Epitheliom mit gewissen, unter dem Namen Extremitätenlupus beschriebenen Affektionen identisch ist. In gleicher Weise, wie die oberen Partien des Gesichts exklusiver Sitz einer ganz bestimmten Form des Cancroids sind, zeichnen sich die — übrigens sehr seltenen — Epitheliome der Hand durch ganz besondere Eigenschaften aus. Dieselben werden nämlich nur zwischen dem 60. und 80. Lebensjahre angetroffen, und die weitaus größte Mehrzahl entwickelt sich aus alten Narben (von Verbrennungen selbst aus der ersten Kindheit, Schussverletzungen etc.). In einer eigenen Beobachtung der Verff. folgte die Entwicklung eines Handrückenkrebses unmittelbar auf ein Trauma (Abschürfung durch einen Getreidesack). Weiter wird aus einem zweiten, auf das Genaueste, namentlich in

histologischer Hinsicht erschlossenen Fall von Handkrebs gefolgert, dass das Hautepitheliom seinen Ursprung in den interpapillären Bezirken des Rete Malpighii nimmt, während die Haarfollikel, Talg- und Schweißdrüsen sich an der Neubildung nicht betheiligen, allenfalls Difformitäten durch Kompression erleiden, des Ferneren, dass der Rückgang des Tumors durch einen entzündlichen Process der Haut bedingt ist, derart, dass die Entwicklung eines Narbengewebes erfolgt, welches die Läppchen der Neubildung einschnürt und zur Resorption bringt.

Fürbringer (Jena).

6. **Barthélemy.** Pronostic général de la syphilis; nécessité absolue de protéger contre elle la santé publique.

(Arch. gén. de méd. 1883. p. 146—157.)

Es ist im Wesentlichen Bekanntes und namentlich dem geläufig, der in Fournier's Publikationen zu Hause ist, was der alte klinische Chef in einer äußerst anregenden Darstellung vorbringt, und trotz mehrfacher Übertreibung müssen seine Ausführungen als im Kerne wahr und in sich berechtigt anerkannt werden.

Der Autor beginnt mit zwei traurigen Ereignissen aus seiner ärztlichen Praxis. In dem einen Falle ist eine Amme durch einen fremden Säugling syphilitisch inficirt worden und hat die Seuche auf ihren Mann, ihr eignes Kind und den Fötus im Mutterleibe übertragen, auf den letzteren mit tödlichem Erfolge. Der zweite Fall illustrirt die Gefahren der heimlichen Prostitution, in so fern ein junger Mann mit seiner an übelberüchtigtem Orte acquirirten Syphilis seine Schwester und Großmutter angesteckt hat.

Rücksichtlich der Gefahren der Syphilis für den Erkrankten selbst werden die schweren Manifestationen der gummösen Phase, wie Organdestruktionen, namentlich des Nervensystems, hervorgehoben, so wie, dass tödliche Gehirnsyphilis bereits wenige Monate nach der Infektion einsetzen kann und selbst ein halbes Jahrhundert nach ihr noch gummöse Erscheinungen aufzutreten vermögen.

Die Häufigkeit der durch Syphilis bedingten Aborte, Erkrankungen der Kinder an Rachitis, Blindheit, Taubstummheit, die hohe Zahl der Epileptiker, Idioten und Paralytiker syphilitischen Ursprungs weisen der furchtbaren Krankheit die Rolle einer landesentvölkernden und zur Degeneration der Rasse führenden Seuche zu. Wenn gegen das Wüthen der Mordwaffen, der Cholera öffentliche Maßregeln geschaffen sind, so sei das, folgert B., in höherem Maße gegen die Geißel der Syphilis geboten, welche dauernder und insidiöser das öffentliche Wohl und die individuelle Freiheit bedrohe. Vor Allem müsse gegen die Gelegenheit zur Ansteckung das Erforderliche wahrgenommen, die wissentliche oder leichtsinnige Infektion bestraft werden, auch durch Geldbuße behufs Entschädigung der unschuldigen Opfer.

Fürbringer (Jena).

7. W. A. Hammond. Miryachit, eine neue Krankheit des Nervensystems.

(Medicina contemporanea 1884. No. 3.)

H. beschreibt eine Nervenkrankheit, die in Sibirien häufig vorkommen soll und von den Russen Miryachit genannt wird. Beide Geschlechter sind derselben unterworfen, das weibliche aber bedeutend mehr als das männliche.

Die Krankheit besteht in einer unwillkürlichen Nachahmung aller Vorgänge, die plötzlich zur Sinneswahrnehmung des Kranken gelangen. Schlägt man auf irgend einen Gegenstand, so schlägt der Kranke in derselben Weise auf den nämlichen Gegenstand. Hört er ein unerwartetes Geräusch, so ist er gezwungen, dasselbe sofort und zwar sehr deutlich nachzuahmen etc. etc. Die Sache geht so weit, dass er, wenn er Jemand fallen sieht, sofort in der gleichen Weise zu Boden fällt.

H. hat in der Litteratur vergeblich nachgesucht, er glaubt, dass keine Publikation über diese merkwürdige Krankheit existirt. Doch erinnert ihn dieselbe an die Beobachtung, die G. M. Beard über die französischen Springer von Maine und die vom südlichen New-Hampshire gemacht hat. Dieselben warfen auf Befehl Gegenstände weg, die sie in der Hand hielten, sprangen in die Höhe, schlugen sich wechselseitig, führten allerlei heftige Muskelbewegungen aus, immer unter lauter Wiederholung des ihnen gegebenen Befehls. Auch plötzliche und unerwartete Geräusche genügten, um diese Erscheinungen ganz oder theilweise hervorzurufen. Es war gefährlich, die Springer irgend wie zu erschrecken, besonders wenn sie eine Waffe in der Hand hatten. Alle fürchteten das Springen, das sie sehr ermüdete, aber sie wurden von ihrer Umgebung dazu gequält.

H. hält in Folge der überraschenden Analogien zwischen dieser Störung und dem Miryachit beide für identische Processe. Bei beiden ist irgend ein Reiz nöthig, und die Erscheinungen treten sofort ein, unabhängig vom Willen. Ein ähnlicher krankhafter Zustand ist die Schlaftrunkenheit, in dem ein Individuum, plötzlich geweckt, z. B. durch ein Geräusch, unvernünftige Gewaltakte, selbst einen Mord begehen kann.

Alle diese Erscheinungen sind zurückzuführen auf einen durch eine Perception hervorgerufenen Bewegungsimpuls, wobei die nothwendige Mitwirkung des Willens fehlt. Sie sind desshalb den Reflexbewegungen und speciell gewissen epileptischen durch Reflexreiz hervorgerufenen Paroxysmen ähnlich. Die Nervenzellen scheinen sich in demselben Zustand wie Dynamit- oder Nitroglycerinpackete zu befinden, so dass die geringste Impression genügt, um eine Entladung der Nervenenergie herbeizuführen. Diese Entladung entspricht dem Reiz und erscheint als logischer Akt, während dieselbe beim epileptischen Anfall heftiger auftritt, unlogisch ist und nicht mit dem Aufhören des Reizes ihr Ende findet.

H. will durch seine interessanten Auseinandersetzungen die Aufmerksamkeit kompetenter Beobachter auf die vorliegenden Erscheinungen lenken. (Ganz verwandte Erscheinungen lassen sich bekanntlich beim Hypnotismus jederzeit mit Leichtigkeit hervorrufen. Ref.)

E. Kurz (Florenz).

---

8. **H. Nothnagel.** Eitrige Myelitis, Encephalitis und Meningitis bei putriden Processen in der Lunge.

(Medicina contemporanea 1884. No. 3.)

So häufig die Bronchiektasien und bei putrider Bronchitis Abscesse in der Gehirnsubstanz sind, so selten finden sich typische genuinen Eiter enthaltende Abscesse im Rückenmark. N. hat in seiner Klinik folgenden Fall beobachtet.

Ein Kutscher von 34 Jahren bekam vor 18 Monaten Hämoptoe, darauf Husten mit Expektoration. Die Hämoptoe wiederholte sich noch einmal. Am 20. November 1883 plötzlich heftige Schmerzen im ganzen Bauch, Ameisenkriechen in den unteren Extremitäten. Am 21. November Ischurie, am 22. Schwäche und Müdigkeit der Beine, am 23. vollständige Lähmung derselben. Am 24. Gefühl des Abgestorbenseins im Bauch und in den unteren Extremitäten. Sensorium frei. Kein Kopfweh. Temperatur 38,5. Haut trocken. Beide Pupillen erweitert, linke etwas mehr. Beide reagiren gut. Von Seiten der Gehirnnerven weder Lähmungs- noch Reizungserscheinungen. Beide Oberextremitäten vollständig frei. Komplete Lähmung und Anästhesie der Beine. Fehlen der Sehnenreflexe. Incontinentia urinae et alvi. Putrides Sputum ohne Bacillen. Am 25. November Koma und Tod. Sektionsbefund: Eitrige Infiltration der Hirnhäute. Arachnoidea durch dicken, grünen, stinkenden Eiter blasenartig emporgewölbt. Im Kleinhirn viele Abscesse. In den Ventrikeln schmutzige eitrige Flüssigkeit. Rückenmarkshäute ebenfalls eitrig infiltrirt. Das Mark im Cervical- und Lumbartheil gleichmäßig stark geschwellt, rosenkranzförmige Schwellung des Dorsalabschnitts. Diesen Auftreibungen entsprechend finden sich, meist central gelegen, Abscesse, welche stinkenden grüngelben Eiter enthalten.

Im rechten unteren Lungenlappen eine mit Eiter gefüllte Kaverne; einige Bronchien erweitert und mit Eiter gefüllt. Im linken unteren Lungenlappen alle Bronchien um fast 1 cm erweitert. In den oberen Lappen beider Lungen Herde lobulärer Splenisation.

Die eitrige Myelitis war nach N. nicht Folge der gleichzeitigen Meningitis, sondern Myelitis, Encephalitis und Cerebrospinalmeningitis stellen gleichwerthige Processe dar. Die putride Bronchiektasie bildet demnach ein bisher nicht beschriebenes kausales Moment für Rückenmarkseiterung, deren Diagnose im vorliegenden Fall nach den Symptomen während des Lebens von N. gestellt worden war.

N. fasst die Affektion im Gehirn und Rückenmark auf als eine Folge chemischer und parasitärer Infektion vom Lungenherd aus. Er

hat, um diese Frage experimentell zu lösen, putrides Sputum unter die Haut von Kaninchen injicirt. Das Resultat war negativ. Die Thiere starben an eitriger Entzündung des Peritoneums und des Perikards oder an der subkutanen Eiterung ohne Betheiligung des Centralnervensystems. Doch hält N. dieses negative Resultat — so werthvoll ein positives gewesen wäre — nicht für einen überzeugenden Gegenbeweis gegen die oben ausgesprochene Meinung.

E. Kurz (Florenz).

---

9. Emilius Thompson. Bericht über 305 Fälle von habitueller und von temporärer Verstopfung, die mit Cascara segrada behandelt wurden.

(Brit. med. journ. 1884. I. p. 556.)

Es wurde ein flüssiges Extractum cascarae von Parke Davis & Co. benutzt; allein oder bei atonischer Dyspepsie mit Verstopfung in den Kombinationen mit Wismuth und Natron bicarbonicum. Anfänglich genügen gewöhnlich 2—3 Dosen von je 10 Tropfen, später lässt man Pillen aus 0,05 festem Extrakt und 0,1 Extr. Berberis aquifol. nehmen, Morgens und Abends je eine. Auch die obstinateste Verstopfung soll sich dabei ohne jede Beschwerde in regelmäßigen weichen Stuhlgang umwandeln, selbst wenn die Pillen 5—6 Monate lang gebraucht werden.

Dreimal jedoch wurde nach einer Gabe von 10 Tropfen bei kräftigen Männern Erbrechen, einmal heftiges Leibschneiden mit Durchfall beobachtet. Bei einem 65jährigen Mann trat nach einer Dose von 10 Tropfen 3mal täglich erschöpfender Durchfall auf, bei einer jungen Frau zeigten sich nach 2 Dosen von 10 Tropfen, binnen 4 Stunden genommen, Durchfall, Erbrechen, Leibschmerz, Wadenkrämpfe. Der ganze Anfall dauerte 4—5 Stunden. Bei allen anderen Kranken, deren Alter von 5 Monaten bis zu 70 Jahren variirte, hat sich die Cascara-Therapie als außerordentlich nützlich erwiesen. Vorsicht in der Dosirung erscheint dringend geboten.

Edinger (Frankfurt a/M.).

Kasuistische Mittheilungen.

10. Dalché. Myosite suppurée suraiguë.

(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 7.)

Einer jener seltenen Fälle, welche zu den von Hayem, Guyot und Nicaise beschriebenen und als unheilbar bezeichneten »Myositis infectiosa« jedenfalls in engster Beziehung stehen. Ein 17jähriger Kellner erkrankt fieberhaft unter heftigem linksseitigen Achselschmerz, nachdem er 8 Tage zuvor sich an der linken Hand leicht verwundet hat. Man findet indess weder Lymphangitis noch Drüsenschwellungen, späterhin aber, während der linke Arm vor Schmerz nicht mehr bewegt werden kann, eine höchst schmerzhafte entzündliche Infiltration des Pectoralis major. In der nächsten Woche hohes Fieber, schwerstes Allgemein-

leiden, Fuligo der Mundhöhle, Delirien, Durchfälle, pneumonische Erscheinungen, Prostration. Die schmerzhafte Stelle zeigt schließlich Fluktuation und eine Incision liefert große Mengen chokoladefarbenen Eiters. Abfall des Fiebers, Rückgang der Pneumonie und sonstiger Begleiterscheinungen, Heilung des Muskelabscesses mit namhaftem Defekt in 2—3 Wochen. Der Zusammenhang der Myositis mit der genannten Verwundung der Hand wird nicht bestimmt behauptet.

Fürbringer (Jena).

11. **E. Moritz.** Drei Fälle von occulter Septicopyämie.

(Vortrag im deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg am 21. Nov. 1883.)

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. No. 52.)

Nicht die Krankheit war, wie man nach dem Titel erwarten sollte, in den mitgetheilten 3 Fällen »occult«, sondern nur die Diagnose des Verf.s. Der erste Fall wurde anfänglich für Febr. recurrens gehalten; im 2. Falle legten die bestehenden leichten Rachen- und Kehlkopfaffektionen den Verdacht auf diphtheritische Infektion nahe; im 3. Falle endlich führte ein dunkelrothes, makulöses, stellenweise flächenhaftes und später hämorrhagisches Hautexanthem den Verf. zur Diagnose »Variola haemorrhagica«. Die Sektion ergab in allen 3 Fällen die für die Septikämie charakteristischen Befunde, wie sie in neuerer Zeit namentlich Litten (Zeitschrift f. klin. Medicin Bd. II. p. 378 u. 558) eingehend beschrieben hat. Eine äußere Verletzung als Ausgangspunkt der septischen Infektion ließ sich nur im 1. Falle (Geschwür an der Fußsohle) nachweisen. **A. Hiller** (Breslau).

12. **L. Birk.** Ein interessanter Fall von Leukämie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. No. 47 u. 48.)

Das Interessante des Falles liegt eigentlich nur in der Multiplicität der Organerkrankungen. Neben beträchtlicher Milzschwellung, Vergrößerung vieler Lymphdrüsen des Körpers und gleichzeitiger Erkrankung des Knochenmarkes fand man bei dem 22jährigen Pat. erhebliche, ziemlich gleichmäßige Verdickungen (bedingt durch kleinzellige lymphatische Infiltration) der Dura mater und des Peritoneum, so wie circumscripte adenoide Wucherungen von ähnlicher histologischer Beschaffenheit auf dem Perikardium und der Pleura. Ferner war abweichend von dem gewöhnlichen Verlaufe das Auftreten von doppelseitigem Exophthalmus, bedingt durch lymphadenoide Neubildungen im hinteren Theil der Orbita. Die Haut zeigte während der Krankheit äußerst geringe entzündliche bzw. plastische Reaktion; eine kleine Aderlasswunde z. B. blieb einen ganzen Monat hindurch (bis zum Tode) offen, ohne irgend welche Tendenz zur Heilung. Die Ätiologie der Krankheit blieb dunkel, wahrscheinlich hing sie mit einer inveterirten Malaria-Infektion — Pat. war Matrose — zusammen. **A. Hiller** (Breslau).

13. **W. S. Audland.** Case of acute diabetes. (From Guy's Hospital; under the care of Dr. Wilks.)

(Med. times 1884. Jan. 19.)

Bei dem betreffenden Pat., einem 23jährigen, bisher gesunden und hereditär nicht belasteten Manne, hatten sich nach seiner bestimmten Angabe die ersten Symptome des Diabetes (Polyurie und Polydipsie) erst seit 14 Tagen gezeigt. Er war sehr abgemagert, hatte stark zuckerhaltigen Urin; sonst war nichts Abnormes an ihm zu entdecken. Schon 3 Tage nach seiner Aufnahme ins Hospital stellte sich plötzlich ein schwerer Zustand mit Beklemmungen, Gefühl des nahen Todes, Dyspnoe (32 und später noch mehr Athemzüge in der Minute), Kälte der Extremitäten, Pulsbeschleunigung (120) und Temperaturerniedrigung (kaum 35° C. in der Achselhöhle) ein; etwa 36 Stunden darauf starb der Kranke. Gehirn und Rückenmark zeigten sich normal; die linke Niere war stark atrophisch, die rechte dafür aufs Doppelte vergrößert, sonst gesund. Auch im Übrigen keine Organerkrankung. **Küssner** (Halle a/S.).

14. Dornig. Ein Fall von Scarlatina variola.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 43.)

Den bislang beschriebenen Fällen isochroner Entwicklung zweier akuter Exantheme reiht D. einen Fall an, bei welchem nach dem Abblassen eines Scharlachexanthems eine Pockeneruption sich einstellte, das zeitliche Verhältnis des Ausbrechens dieser beiden Exantheme veranlasst D. zu dem Schluss, dass die betreffende Pat. sich im Prodromalstadium der Scarlatina, wenn nicht früher, mit Variola inficirt habe. **Unverricht** (Breslau).

15. Rathery. Observation du purpura hémorrhagique. Varioloide intercurrente.

(Union méd. 1883. No. 160.)

Bei einem Phthisiker hatte sich nach mehreren Anfällen von reichlichem Nasenbluten eine Purpura haemorrhagica entwickelt. Im Verlauf der letzteren acquirirte Pat. eine Variolois, die einen außerordentlich leichten Charakter zeigte; vor Allem traten absolut keine Hämorrhagien auf. Daraus, dass bei einem derart zu Blutungen disponirten Individuum die Variola nicht als Variola haemorrhagica auftrat, schließt Verf., dass die Ursachen der letzteren nicht, wie Petit gemeint hat, in der Beschaffenheit des kranken Organismus, sondern vorwiegend in der Art der Krankheitsursache begründet liegen müssen. **Strassmann** (Leipzig).

16. Reinhard. Ein Fall von periodischem Wechsel der Haarfarbe.

(Archiv für path. Anatomie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Eine 13jährige Idiotin der Irrenanstalt in Dalldorf litt an epileptischen Krämpfen, welche sich alle 8 oder 14 Tage einstellten; außerdem machte sich ziemlich regelmäßig ein Wechsel von Erregung und Ruhe bei ihr bemerklich, dessen einzelne Phasen meist ca. 1 Woche dauerten. Das Stadium der Erregung ist verbunden mit vermehrtem Turgor und leichter Röthe des Gesichts, vollerem Puls, wärmerer Hauttemperatur und vermehrter Hautsekretion; das der Ruhe mit reichlichem Schlafen, geringerer Nahrungsaufnahme, blasserer Gesichtsfarbe, Temperaturverminderung, Stasen im Gesicht und an den Händen und Trockenheit der Haut. Hauptsächlich fiel ein Wechsel der Haarfarbe vom Gelbblond in Goldröthlich und umgekehrt auf, und zwar pflegte sich dieser Wechsel ziemlich rasch, innerhalb 48—60 Stunden zu vollziehen. Wenn auch nicht alle Haare den Wechsel durchmachten, so war doch das Gesammtaussehen ein völlig verändertes und alle Regionen des Kopfes in gleicher Weise betheiligt. Die Veränderung der Farbe schien stets in den Spitzen der Haare zu beginnen. Jede der beiden Phasen hielt ca. 7—8 Tage an.

Bei weiterer Beobachtung zeigte sich nun, dass der Wechsel der Haarfarbe isochron mit der Periodicität des psychischen Verhaltens war, und zwar fiel das Stadium der goldröthlichen Farbe in die Zeit der Erregung, während die gelblichblonde Farbe in dem ruhigen stupurösen Zustande angetroffen wurde. Der Wechsel der Haarfarbe war nicht etwa verbunden mit einem Wechsel des Haares selbst, sondern er vollzog sich an ein und demselben Haar.

Die Pat. starb an hypostatischer Pneumonie und Lungenödem und nun wurden ca. 40 Haarschäfte einer genauen Untersuchung unterzogen. Bei hellen und dunklen Haaren fand sich sowohl in der Mark- wie in der Rindensubstanz gelbliches Pigment. Die Rindensubstanz der hellen Haare zeigte zahlreiche, sehr schmale, kleine längliche Stellen zwischen den Faserzellen, die bei durchfallendem Lichte dunkel bei auffallendem hellglänzend erscheinen; an den dunklen Haaren sind nur sehr wenige ähnliche Stellen zu sehen. Der größte Unterschied zwischen den beiden Haarsorten fand sich aber in dem Verhalten der Marksubstanz bei durchfallendem und auffallendem Lichte: während dieselbe in durchfallendem Lichte bei den dunklen (goldröthlichen) Haaren fast durchweg nur an sehr wenigen und kleinen Strecken ausgesprochen dunkler aussah als die Rindensubstanz, zeigte sie sich bei sehr vielen der gelbblonden Haare viel dunkler, oft fast schwarz, und zwar am stärksten in

dem peripherischen Theil. Bei Anwendung von Aufklärungsmitteln (besonders 50%iger Lösung von Kalilauge) traten diese Verhältnisse noch deutlicher hervor.

Nach Ansicht des Verf. spielt im vorliegenden Falle die Luft bei dem Farbenwechsel die Hauptrolle. Eine stärkere Anhäufung derselben muss dem Haar eine hellere Farbe verleihen, und zwar hauptsächlich dadurch, dass sie das Pigment mehr oder weniger verdeckt, möglicherweise aber auch bleichend auf das Haarpigment wirkt. In geringerem Grade trugen zu der Entstehung der helleren Haarfarbe in unserem Falle noch bei die Rauhigkeit der Oberfläche der helleren Haare, welche makroskopisch und mikroskopisch sichtbar war, und die größere Trockenheit derselben.

Von den bekannten Fällen des Haarwechsels unterscheidet sich der vorliegende Fall durch die Wiederkehr der ersten Farbe, wie sie bis jetzt nicht beobachtet worden ist. Ob dieser Wechsel bedingt wird durch eine Steigerung oder Schwächung resp. sogar um temporären Ausfall einer bestimmten Nervenfunktion lässt Verf. unentschieden. Dass trophische Vorgänge dabei im Spiele sind, geht aus den oben erwähnten gleichzeitigen Veränderungen des Turgors, der Temperatur etc. hervor.

Was die Entstehung der Luft betrifft, so kann dieselbe von außen in den Haarschaft gekommen sein oder auch aus den im Blute befindlichen Gasen herstammen. Wahrscheinlich sind beide Wege in Betracht zu ziehen.

M. Cohn (Hamburg).

17. S. J. Sharkey. A contribution to the subjekt of cerebral localisation.

(Lancet 1883. II. p. 534. 583. 626.)

Sechs genauer mitgetheilte Fälle von Rindenläsion im Gebiet der »motorischen Zone«.

Fall 1. Meningitis tuberculosa; starke Tuberkelanhäufung, die die obere Hälfte beider Centralwindungen und den Paracentrallappen einnimmt. Während des Lebens waren epileptische Attacken vorhanden, welche sich auf die linke Körperhälfte beschränkten und von rasch vorübergehender Schwäche des Armes, aber dauernder Schwäche des Beines gefolgt waren. Tod durch Ausbreitung der Meningitis, die in den ersten 10 Wochen außer den genannten keine Herdsymptome gemacht hatte.

Fall 2. Erweichungsherd in der Mitte der hinteren Centralwindung unten auf den Anfang des unteren Drittels der vorderen Centralwindung übergreifend. Während des Lebens hatte zeitweise Tremor und Parese im linken Bein und dauernde Paralyse mit Tremor im linken Arm bestanden.

Fall 3. Erweichungsherde beiderseits symmetrisch die Basis der vorderen Centralwindung und den Anfangstheil der dritten Stirnwindung betreffend.

Dieselben hatten nach einander hervorgerufen: 1) Zucken in der rechten Gesichtshälfte, das anfallsweise auftrat, 2) schwere unbeholfene Sprache, 3) Aphasie, Agraphie und Lähmung der rechten Zungenhälfte, 4) konstantes Zucken der rechten Gesichtshälfte, 5) allgemeine epileptiforme Krampfanfälle, 6) Zucken der linken Gesichtshälfte und Zunahme der allgemeinen Konvulsionen.

Fall 4. Trauma. Erweichung des ganzen linken Parietallappens, walnussgroßer Abscess unter beiden Centralwindungen im Marklager. Anfangs keine Herdsymptome, später epileptische Krämpfe auf der gekreuzten Seite, dann Lähmung der Zunge, der rechten Gesichtshälfte und des rechten Armes, Aphasie, schließlich auch Schwäche im rechten Bein. Der Abscess war diagnosticirt, wurde aber bei einem Punktionsversuch nicht getroffen.

Fall 5. Erweichungsherd im mittleren Drittel beider Centralwindungen und der Basis der zweiten und dritten Stirnwindung, ferner ein größerer Erweichungsherd, der beide Parietallappen ganz, die erste und zweite Schläfenwindung theilweise einnimmt und den Beginn des Occipitallappens noch mit betheiligt. Klinische Symptome

waren: Paralyse des linken Armes, später Parese des linken Beines, des Mundes und der Zunge. Angaben über das Verhalten der Sensibilität fehlen leider. Psychischer Verfall, Delirien gegen das Ende hin.

Fall 6. Konvulsionen und totale Hemiplegie der rechten Körperhälfte bedingt durch zwei »meningo-encephalitische« Rindenherde links, von denen der eine die Basis beider Centralwindungen, der andere, dem großen Hirnspalt folgend, die Anfangstheile der ersten und zweiten Stirnwindung, das obere Drittel beider Centralwindungen, den Paracentrallappen, das obere Scheitelläppchen und einen Theil des Occipitallappens betrifft.

Alle diese Fälle sind klar mitgetheilt, meist ausreichend genau untersucht und durch kleine Hirnschemata, welche den Sitz der Läsion zeigen, illustrirt. Die Schlüsse, zu denen sie den Verf. betreffs der Lokalisation in der motorischen Zone führen, stimmen im Wesentlichen mit den Ansichten von Ferrier überein.

Edinger (Frankfurt a/M.).

18. **Herbert W. Page.** May tabes dorsalis some-times have a peripheral origin?

(Brain 1883. Part XXIII. p. 361.)

Verf. berichtet, freilich nicht besonders eingehend, über einen 36jährigen Mann, welcher vor 18 Jahren an Syphilis, seit 8 Jahren an Ulcus perforans pedis erkrankt war und zur Zeit der Beobachtung an tabischen Symptomen litt. Er denkt sich den Zusammenhang der Erscheinungen derart, dass das Ulcus Folge einer Entzündung peripherer (trophischer) Nerven war, und dass von hier aus das Rückenmark sekundär in Mitleidenschaft gezogen wurde; er tritt demnach für das Vorkommen von Tabes dorsalis aus rein peripherer Ursache ein.

Eichhorst (Zürich).

19. **Gouguenheim.** Ataxie locomotrice progressive, troubles-fonctionnels de la voix, accès de suffocation, mort dans le marasme.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. No. 5.)

Es handelt sich um eine den in der letzten Zeit mehrfach beschriebenen Fällen analoge Beobachtung von funktionellen Störungen des Larynx bei einem an ausgesprochener Tabes leidenden, vor 16 Jahren mit Lues inficirten Pat. Die ersten mit doppelseitiger Abducenslähmung beginnenden Tabessymptome traten vor acht Jahren auf, seit 2 Monaten machen sich Funktionsstörungen des Kehlkopfs bemerkbar, welche in zeitweise auftretender Aphonie und Erstickungsanfällen bestehen. Pat. ging marastisch zu Grunde. (Sektionsbefund fehlt und damit verliert der klinisch nichts Neues darbietende Fall sein Interesse. Ref.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

20. **Brauser.** Doppelseitiger Brustschnitt.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 43.)

Bei einem 3jährigen Knaben, der im Anschluss an Scharlach eine doppelseitige Rippenfellentzündung mit eitrigem Exsudat acquirirt hatte, wurde zuerst die rechte Pleurahöhle durch den Schnitt eröffnet, mit 2%iger Borlösung ausgespült, drainirt und antiseptisch verbunden. 10 Tage nach der ersten Operation wurde auch auf der linken Seite der Brustschnitt ausgeführt. Am 53. Tage nach der 1. Operation konnte die Drainage der rechten Seite, nach weiteren 8 Tagen auch die der linken Seite ganz entfernt werden. Der Verschluss der Fistelöffnungen ging rasch von statten, die Lungen dehnten sich wieder vollständig aus.

Seifert (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 19. **Sonnabend, den 10. Mai.** **1884.**

Sind die Lymphdrüsen bei Leukocythosen betheiligt?

Von

Dr. M. Einhorn.

Die jüngst von Escherich erschienene Arbeit, welche sich mit der Betheiligung der Lymphdrüsen bei den Leukocytosen beschäftigt, veranlasst mich, da ich zu etwas anderen Resultaten gekommen bin, an diesem Orte meine Resultate, die von den Escherich'schen abweichen, zu veröffentlichen.

Meine Untersuchungen waren schon vor dem Erscheinen der Escherich'schen Arbeit abgeschlossen.

Auf Erörterung der Gründe, die mich zu dieser Untersuchung geführt haben, brauche ich nicht einzugehen, da Escherich die Gesichtspunkte so wie das litterarische Material in klarer und erschöpfender Weise bereits dargestellt hat.

Bei unseren Untersuchungen haben wir uns die Frage vorgelegt,

in welchem Maße die Lymphdrüsen bei der Bereitung der weißen Blutkörperchen im normalen, wie pathologischen Zustande betheiligt seien.

Zu diesem Behufe kam es selbstverständlich vor Allem darauf an, die verschiedenen weißen Zellen des Blutes von einander streng zu sondern, und haben wir daher unsere Untersuchung an gefärbten Trockenpräparaten des Blutes nach Ehrlich's Methode unternommen.

Schon einfache Färbungen, z. B. die mit der sauren Eosin-Hämatoxylin-Lösung, die Ehrlich angegeben hat, liefern scharfe Bilder und kann man folgende Elemente, welche sich in drei Gruppen theilen lassen, deutlich unterscheiden:

I. Lymphogen:
 a) kleine Lymphocyten,
 b) größere Lymphocyten.

II. Myelogen:
 Eosinophile.

III. Unbestimmt (Milz, Knochenmark):
 a) große Mononucleäre,
 b) Übergangsformen,
 c) Polynucleäre.

Die Lymphogengruppe enthält:

1) kleine, den rothen Blutkörperchen an Größe nachstehende Zellen, deren Leib von einem verhältnismäßig großen Kern eingenommen wird, so dass das Protoplasma zuweilen kaum zu sehen ist; sie gleichen ihrem Aussehen nach vollkommen den Lymphzellen,

2) Körper, welche etwas größer sind, als die rothen Blutkörperchen, deren runder Kern zwar etwas größer, aber doch dem eben geschilderten vollkommen ähnlich ist, während jedoch bei ersteren der Zellenleib fast ganz vom Kern ausgefüllt wird, so dass man oft nichts weiter als einen Kern sieht, ist bei diesen Körpern stets ein mehr oder wenig großer Protoplasmasaum vorhanden.

Diese beiden geschilderten Formen, von denen die letztere nur eine weitere Entwicklung der ersten darstellt, — da man mit Leichtigkeit die Übergänge beobachten kann, — entstehen, wie dies Virchow nachgewiesen hat, in den Lymphdrüsen. Man hat diese Gruppe daher mit Recht mit dem Namen ihres Entstehungsortes belegt und sie Lymphocyten genannt; wir unterscheiden die sub 1 beschriebene Unterabtheilung als »kleine« und die sub 2 als große Lymphocyten.

Die zweite »myelogene« Gruppe enthält »große« rundliche Zellen, die einen großen länglichen Kern besitzen und Körnungen führen, welche in allen sauren Farbstoffen tingibel sind. Ehrlich hat sie »eosinophile« Zellen genannt und im Knochenmark ihre Ursprungsstätte nachgewiesen. Eine genaue Schilderung derselben haben Ehrlich und Schwarze[1] gegeben.

Zur dritten »unbestimmten« Gruppe gehören:

1) Zellen, deren Durchmesser etwa dreimal so groß ist, als der

[1] Schwarze, Inaug.-Diss. 1880.

der rothen Blutkörperchen, und die einen großen, runden oder ovoiden Kern besitzen, ferner einen im Vergleich zur ersten Gruppe viel größeren Protoplasmahof haben. Diese Zellen entstehen wohl in der Milz, wie im Knochenmark, doch wird es sehr schwer, bei der Begegnung eines solchen Elements in der Blutbahn zu entscheiden, ob dasselbe von der Milz oder dem Knochenmark herrühre. Man hat diese Zellen nach ihrem morphologischen Befunde bezeichnet und ihnen passend den Namen »der großen Mononucleären« gegeben.

2) Zellen, die in jeder Beziehung noch den mononucleären Typus an sich tragen, deren ovoider Kern jedoch eine Einbuchtung erlitten hat; er sieht nunmehr zwerchsackförmig aus; sie sind nichts weiter als etwas weiter entwickelte Mononucleäre. Man hat diese Elemente »mononucleäre Übergangsformen« genannt, weil man leicht beobachten kann, wie diese entwickelten Mononucleären sich durch weitere Differenzirung ihres Kerns in die gleich zu beschreibende polynucleäre Form verwandeln.

3) Zellen, die lange nicht so groß sind, wie die großen Mononucleären, doch noch immer beträchtlich größer, als die rothen Blutkörperchen; sie besitzen einen Kern, der in polymorpher Gestalt die verschiedensten Figuren (S, V, Y, Z, E) darstellen kann und sich in Farbstoffen sehr stark tingirt. Man hat sie als »Polynucleäre« bezeichnet. Diese Polynucleären zeigen alle in ihrem Leibe die von Ehrlich entdeckte neutrophile Körnung. Sie sind es hauptsächlich, welche das Gros der Leukocyten ausmachen und die allein ein Jeder im Sinne hat, wenn von weißen Blutkörperchen die Rede ist; sie sind es auch, welche bei einer Entzündung durch die Gefäßwände auswandern und dann ausschließlich im Eiter erscheinen.

Ich habe nun bei einer Anzahl von Fällen Zählungen der verschiedenen Elemente vorgenommen, derart, dass ich an möglichst gleichmäßig hergestellten Blutpräparaten in 40—50 Gesichtsfeldern (Zeiss D, Ocul. 4) die Menge der verschiedenen oben erwähnten Blutkörperchen bestimmte und aus der Summe der Zählungen ihr gegenseitiges procentiges Verhältnis bestimmte. Diese so gewonnenen Zahlen können, da sie durchaus unabhängig von Zufälligkeiten, insbesondere der Schichtendicke des Blutes sind, Anspruch auf absolute Genauigkeit machen.

Die Durchschnittsumme der pro Gesichtsfeld entfallenden weißen Blutkörperchen gab nun einen annähernden und unserem Zwecke vollkommen genügenden Aufschluss darüber, ob eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen vorhanden sei oder nicht. Ich und Ehrlich haben uns überzeugt, dass diese so primitive Methode bei längerer Übung und der Beobachtung einiger Kautelen (dünne, absolut plane Deckgläschen) hinlänglich genaue Resultate giebt, wie sich dies auch aus der Betrachtung der nachfolgenden Tabelle, insbesondere der sub 1—8 angeführten normalen Fälle ergiebt. (Auf das Nähere hierüber s. meine Dissertation.)

	Procentgehalt				Absolute Zahlen pro Gesichtsfeld	
	L. I. a. u. b.	P. III. c.	M. III. a.	*m. Ü. III. b.	Leukocyten	Lymphocyten
A. Normales Blut.						
1) Eine 20 Jahre alte, kräftige Krankenwärterin	24,72	71,44	3,84	0	3,64	0,9
2) Eine 22 J. alte gesunde, aber blasse Krankenwärterin	44,30	43,05	10,12	2,53	1,58	0,7
3) Ein 23 J. alter, gesunder Jüngling	26,25	68,13	5,0	0,62	3,2	0,84
4) Ein 32 J. alter Krankenwärter	28,23	64,13	7,64	0	3,4	0,96
5) Ein 22 J. alter, kräftiger Krankenwärter	25,9	68,9	3,53	1,67	3,4	0,88
6) Ein 32jähriger kräftiger Typhusrekonvalescent	25,75	68,19	5,05	1,01	3,96	1,02
7) Ein 30jähriger kräftiger Typhusrekonvalescent	30,66	61,34	7,33	0,77	3,0	0,92
8) Ein 44jähriger Pat. leidet an Sklerose, sonst gesund	22,23	74,30	3,47	0	2,88	0,64
B. Das Blut in verschiedenen pathologischen Zuständen.						
I. Anämien:						
1) Traumat. Anämie	14,76	84,77	0,47	0	8,4	1,24
2) Traumat. Anämie	17,5	78,6	3,9	0	6,58	1,15
3) Anämie in Folge von Blasenblutung; hier waren 7,3%ige kernhaltige rothe Blutkörperchen	6,9	85,8	0	0	14,36	1,0
4) Anämie in Folge eines Ulcus ventriculi:						
a) Stadium der Krankheit den 4. December	7,7	89,6	2,7	0	9,1	0,7
b) Stadium der Rekonvalescenz den 29. December	19,0	79,64	0,67	0,67	3,7	0,7
5) Hämoptoe bei bestehender Phthisis	1,25	93,75	5,0	0	4,0	0,05
6) Anämie bei besteh. Phthisis:						
a) den 21. December	7,56	89,92	2,52	0	5,95	0,45
b) den 23. December	12,6	84,04	2,52	0,84	5,95	0,75
7) Hungeranämie	20,0	78,5	1,5	0	3,72	0,75
8) Anämie post partum	27,9	70,6	0	1,5	3,4	0,95
9) Puerperale Anämie und Sepsis	8,1	85,6	4,05	2,25	5,55	0,45
10) Anämie nach Abort; Pat. ging septisch zu Grunde; das Blut wurde an 4 auf einander folgenden Tagen untersucht:						
a) den 22. November	10,5	85,3	3,15	1,05	6,33	0,66
b) den 23. November	9,1	84,0	6,9	0	6,52	0,6
c) den 24. November	4,0	84,7	11,3	0	7,0	0,28
d) den 25. November	2,2	93,9	3,9	0	7,32	0,16
11) Perniciöse Anämie	27,9	64,7	5,88	1,52	2,72	0,76
12) Perniciöse Anämie	18,1	77,9	3,03	0,7	5,77	1,05
II. Sepsis:						
1) Septikämie	7,8	83,8	7,8	0,6	4,7	0,36
2) Sepsis:						
a) den 3. März	2,5	93,75	0	3,75	5,33	0,13
b) den 16. März	2,34	89,85	7,81	0	8,53	0,2
III. Chlorose:						
1)	11,46	85,41	3,13	0	3,84	0,44
2)	11,6	60,2	18,0	0	2,88	0,63

	Procentgehalt				Absolute Zahlen pro Gesichtsfeld	
	L. I. a. u. b.	P. III. c.	M. III. a.	m. Ü. III. a.	Leukocyten	Lymphocyten
3)	9,28	82,13	6,42	2,17	4,66	0,43
4)	52,0	48,0	0	0	3,12	1,62
IV. Skorbut:						
1)	27,1	66,35	5,6	0,95	2,42	0,63
2)	5,8	66,0	10,68	17,52	3,21	0,18
3)	18,0	74,5	7,5	0	2,25	0,45
V. Peliosis:						
1)	17,6	71,0	10,69	0,71	4,0	0,71
2)	11,11	80,56	8,33	0	2,4	0,26
VI. Purpura, 14jähriges Mädchen	37,2	54,2	8,51	0,09	2,41	0,89
VII. Sarcomatosis	5,0	90,0	5,0	0	3,8	0,2
VIII. Carcinome:						
1) Lebercarcinom	40,12	58,9	0,98	0	2,8	1,12
2) Carcinoma ventriculi	29,14	68,9	1,7	0	3,4	1,0
3) Lebercarcinom präagonal	0	90,9	9,1	0	4,5	0
IX. Diabetes mell.	15,5	74,5	7,77	2,33	2,81	0,43
X. Vergiftungen:						
1) Kohlenoxydvergiftung	14,1	63,7	19,68	2,52	3,17	0,45
2) Phosphorvergiftung:						
a) den 5. Tag der Vergiftung	8,33	90,47	1,2	0	8,4	0,7
b) den 6. Tag der Vergiftung	6,25	87,5	6,25	0	4,0	0,25
XI. Chloroformikterus	4,3	87,3	8,4	0	12,0	0,52
XII. Typhusrecidiv	49,5	43,1	4,58	2,82	2,53	1,25
XIII. Phthisis pulmonum	2,6	93,7	2,6	1,1	4,8	0,12
XIV. Milztumor	44,0	47,4	9,6	0	2,6	1,15
XV. Diathesis haemorrhagica	14,94	83,9	1,16	0	2,17	0,32
XVI. Blutverdickung in Folge von Cholera nostras	5,48	89,84	3,12	1,56	10,24	0,56

(Fortsetzung folgt.)

1. **L. C. Wooldridge.** On the coagulation of the blood.

(Journ. of physiol. vol. IV. No. 6. p. 367.)

Verf. hatte bereits in einer früheren Untersuchung (vgl. dieses Centralblatt 1884 No. 4) darauf hingewiesen, dass das Lecithin einen Gerinnungsfaktor darstelle. Dieses Resultat war ausschließlich am Peptonplasma gewonnen worden. In vorliegender Untersuchung führt Verf. den Nachweis, dass das Lecithin die Gerinnung des unvermengten (Hunde-) Blutes gleichfalls beschleunigt. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass das Blut direkt aus der Ader in zwei auf 0° gekühlte Metallgefäße einfloss, von denen das eine 15 ccm einer 6 %igen NaCl-Lösung, das andere eine gleiche Menge von »Normalsalzlösung« enthielt, in welcher ein fein emulgirtes Lecithin vertheilt war. In dem letzteren Gefäße trat sehr bald (7—14 Minuten) Gerinnung ein, während das Blut im ersteren um die gleiche Zeit noch flüssig war. Das nicht vollständig gereinigte Lecithin war aus Lymphdrüsen in der früher angegebenen Weise dargestellt. Die koagulirende Wirkung des Lecithins wird durch Aufkochen in Wasser nicht beeinträchtigt; dadurch ist auch der Einwand beseitigt, dass diese Wirkung durch eine Verunreinigung des Lecithin mit Fibrin-

ferment bedingt werde. Aber nicht auf alle gerinnbaren Flüssigkeiten wirkt das Lecithin in der angegebenen Weise. Menschliche Perikardialflüssigkeit, Hydrocelenflüssigkeit und salzhaltiges Fibrinogen (aus Peptonplasma dargestellt) gerinnen mit Lecithin nicht, wohl aber bei Zusatz von Fibrinferment. **Löwit** (Prag).

---

2. **Sheridan Lea** and **J. R. Green.** Some notes on the fibrin-ferment.

(Journ. of physiol. vol. IV. No. 6. p. 380.)

Gamgee hatte aus ausgewaschenem Blutkuchen ein sehr wirksames Fibrinferment dargestellt, das er als einen eiweißartigen zur Gruppe der Globuline gehörigen Körper ansprach. Da Verff. sich nicht zu der Annahme entschließen können, dass es zweierlei Fibrinfermente giebt, da doch das von A. Schmidt dargestellte Ferment gewiss kein Globulin ist, so unternahmen sie es, das von Gamgee dargestellte Ferment genauer auf seine Eigenschaften zu prüfen. Es ergab sich, dass dasselbe in allen seinen wesentlichen Eigenschaften mit dem Fibrinferment von A. Schmidt identisch ist. Bezüglich der Gewinnung und der Reindarstellung des Fermentes aus dem Blutkuchen muss auf das Original verwiesen werden. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass Verff. den Blutkuchen mit Salzlösung behandelten und in dem Extrakte Ferment und eine beträchtliche Menge von Globulin nachweisen konnten. In ähnlicher Weise wie A. Schmidt haben auch die Verff. durch längere Einwirkung von Alkohol auf den Blutkuchen ein Ferment darstellen können, das beinahe vollständig frei von Eiweißkörpern (kaum merkbare Xantoproteinreaktion) befunden wurde. **Löwit** (Prag).

---

3. **Sydney Ringer** und **H. Sainsbury.** Investigations into the physiological action of Bariumchloride.

(Brit. med. journ. 1883. Hft. II. No. 265.)

Nach Böhm erhöhen Bariumsalze die Herzthätigkeit. Bei Säugethieren kann man immer, bei Fröschen zuweilen systolischen Stillstand erzeugen. Sie rufen Verengerung der kleinsten Arterien hervor lähmen die Enden des Hemmungsvagus, zerstören aber nicht die centripetale Erregbarkeit des Depressor. Der Blutdruck steigt bei Bariumvergiftung enorm, größere Dosen lähmen das Herz, wahrscheinlich die intrakardialen Centren. R. und S. haben die Untersuchung im Anschluss an Böhm's Arbeiten von Neuem aufgenommen und kommen zu folgenden Resultaten. Sie erhielten die verstärkte Systole, die Verlangsamung des Pulses und das Steigen des Blutdrucks durch Bariumchlorid. Sie erhielten die gleichen Phänomene, wenn die Reflexcentren zerstört wurden. Die Applikation auf das

Herz in situ erzeugte lokalen Muskelspasmus, das ausgeschnittene Herz konnte in voller Systole durch Bariumchlorid zum Stillstand gebracht werden. Auch Gefäße, die von jeder centralen nervösen Verbindung getrennt waren, reagirten auf das Salz. Durch die Nerven allein, apart von lokaler Applikation, konnten sie keinen Gefäßkrampf erzeugen. Die Ähnlichkeit der Wirkung des Bariumchlorid mit derjenigen der Digitalis, auf die Böhm schon hinwies, tritt auch aus der Verff. Arbeit hervor. Der therapeutische Werth der Bariumsalze bleibt noch zu erkennen. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

4. **G. Esbach.** Urate de soude?

(Bull. gén. de thérap. 1884. p. 107.)

Der amorphe ziegelrothe Niederschlag, welcher sich so häufig aus koncentrirten sauren Urinen ausscheidet, besteht nicht, wie man bisher allgemein annahm, aus harnsauren Salzen, sondern aus Harnsäure selber. Filtrirt man den Niederschlag ab, wäscht ihn mit Wasser aus, presst zwischen Filtrirpapier und bringt noch feucht eine Probe auf blaues Lackmuspapier, so färbt sich dasselbe roth. Rührt man eine Probe des Niederschlages mit wenig Wasser auf dem Objektträger an und bedeckt mit dem Deckgläschen, so bilden sich aus der vorher amorphen Masse allmählich die für Harnsäure charakteristischen Krystalle.

Neben Harnsäure findet sich in diesem Niederschlage häufig oxalsaurer Kalk. Zum Nachweis desselben wird eine geringe Menge des Sediments auf dem Objektträger mit einem Tropfen HCl behandelt, mit dem Deckgläschen bedeckt und dieses sofort mit Ammoniak, welchem man vorher etwas zerflossenes $CaCl_2$ hinzugesetzt hatte, umgeben. Man schützt das Präparat vor dem Eintrocknen und untersucht es nach einiger Zeit mit dem Mikroskop.

Außer oxalsaurem Kalk findet man zuweilen, besonders wenn der Harn einige Zeit gestanden hat, Magnesiumphosphat.

Der Grund, wesswegen sich die Harnsäure amorph und nicht krystallinisch ausscheidet, liegt in der Anwesenheit von Mucin (nachgewiesen durch Alkohol, dem man einige Tropfen Jod zusetzt).

Ungefärbte sphärische oder polyedrische Gebilde, die im frischen Harn besonders bei Frauen vorkommen, bestehen, wie sich durch Jod leicht nachweisen lässt, sehr häufig aus Amylumkörnchen (poudre de riz, zum Schutz gegen den irritirenden Einfluss des Schweißes und anderer Flüssigkeiten angewendet).

Seltener beobachtet man Lykopodiumkörner; von der Größe der größten Amylumkörner erscheint ihre Oberfläche schuppig, wie ein Tannenzapfen, ihr Rand körnig; von Jod werden sie nicht gebläut.

F. Röhmann (Breslau).

---

5. E. Ungar und G. Bodländer. Der Zinngehalt der in verzinnten Konservebüchsen aufbewahrten Nahrungs- und Genussmittel und seine hygienische Bedeutung.

(Ergänzungsheft zum Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege Bd. I.) Bonn 1883.

Vorstehende Arbeit war durch einen in der Praxis erlebten Fall veranlasst: Ein Ehepaar im Alter von 32 und 31 Jahren erkrankte plötzlich gleichzeitig unter den Erscheinungen einer Gastroenteritis acuta, nachdem beide am Abend vor der Erkrankung den Inhalt einer zweipfündigen mit Spargel gefüllten Konservebüchse verzehrt hatten.

Bei einer genaueren Untersuchung von Büchsenspargel ergab sich, dass die Brühe des Spargel frei von Zinn war, die Spargel selbst aber im Durchschnitt aus 7 Versuchen 0,0269 % metallisches Zinn enthielten. Ähnlich bei Erdbeeren und Aprikosen.

Zinn wirkt nach den Untersuchungen von Orfila u. A. in gewissen Verbindungen (Zinnchlorür, Zinnchlorid, Zinnhydroxyd und -hydroxydul) als Ätzgift. Diese Wirkung kommt mit Rücksicht auf die geringen Mengen, in denen sich das Zinn in den Konserven findet, hier nicht in Betracht. Dagegen treten bei länger fortgesetzter Darreichung von kleinen Gaben von Zinn (essigsaures Zinntriäthyl und weinsaures Zinnoxydulnatrium) Erscheinungen auf, die nach White der Bleivergiftung am ähnlichsten sind. Das in den Konserven enthaltene Zinn lässt sich nach dem Genuss derselben sowohl beim Menschen wie beim Thiere im Harn nachweisen. Bei Thieren fand sich ferner Zinn in der Leber, im Gehirn und Rückenmark, in den Muskeln und im Herzen, in Nieren, Milz, Pankreas und Mesenterialdrüsen. Das mit den Konserven in den Verdauungstraktus gebrachte Zinn wird also zum Theil wenigstens von der Magen-Darmschleimhaut resorbirt und in den Organismus aufgenommen.

Wenn also auch für gewöhnlich bei vorübergehendem Genuss der geringe Zinngehalt der Konserven keine die Gesundheit schädigende Wirkung haben wird, so hat die Frage der chronischen Zinnvergiftung da eine besondere Bedeutung, wo, wie bei größeren Expeditionen, längeren Seereisen, Feldzügen etc., Konserven längere Zeit hindurch genossen werden. »Die vorstehenden Erörterungen und Untersuchungen dürften geeignet sein, die bisherige Anschauung, dass durch das Aufbewahren von Nahrungs- und Genussmitteln in zinnernen Gefäßen der Gesundheit kein Nachtheil erwachsen könne, zu erschüttern.«

F. Röhmann (Breslau).

---

6. Perraro. Nouvelles recherches sur les altérations des organes dans le diabète sucré.

(Arch. ital. de biol. 1883. T. IV.)

Bei 5 Fällen von Diabetes mellitus, die zur Autopsie kamen, sind von P. sorgfältige Untersuchungen speciell der Organe des chylopoetischen Apparates vorgenommen worden.

Die Veränderungen des Magens zeigten sich fast immer auf die Mucosa beschränkt und traten in zwei von einander scharf getrennten Typen auf, der eine war repräsentirt durch die Atrophie der Drüsenzellen der Mucosa vom leichtesten Grade an bis zur vollständigen Zerstörung des ganzen Drüsenkörpers, der andere durch einen entzündlichen Process, der in den schwereren Fällen zu völligem Untergang der Mucosa geführt hatte. Bei derartigen Veränderungen musste die Absonderung des Magensaftes und seine verdauende Wirkung vermindert sein. Die Veränderungen des Darmes waren weniger beträchtlich, weil sie nicht den Grad einer einfachen katarrhalischen Entzündung überschritten. Die Mesenterialdrüsen fanden sich fast immer normal, nur in einem Fall war das adenoide Gewebe durch einen entzündlichen Process bindegewebig entartet.

Am Pankreas hatten in allen Fällen beträchtliche Veränderungen stattgefunden, in drei Fällen Nekrose und fettige Degeneration der Zellen, in den zwei anderen chronische interstitielle Entzündung mit Atrophie des Organs. Bei der ersteren Form konnte man annehmen, dass die Funktion des Organs in höherem oder geringerem Grade herabgesetzt, bei der zweiten Form vollständig aufgehoben war. Die mikroskopische Untersuchung geht sehr genau auf die Details ein, die an dieser Stelle nicht wiedergegeben werden können.

In der Leber zeigte sich Atrophie der Leberzellen bis zur Nekrose und chronische interstitielle Entzündung, die beiden Veränderungen nicht immer neben einander, auch nicht gleichmäßig über die ganze Drüse ausgebreitet, sondern an den verschiedenen Punkten vom geringsten bis zum höchsten Grade ausgebildet. Dabei erschien das Kapillarnetz stets erweitert, und zwar an den Stellen der stärksten Atrophie am beträchtlichsten. Diese Hyperämie sieht P. mit Cantani als den Folgezustand der Zellenatrophie an (Hyperaemia ex vacuo). In der Milz fiel besonders auf der große Reichthum an Pigment, wie er sich außerdem nur noch findet bei Malariakachexie.

Die Nieren zeigten außer der bekannten funktionellen Hypertrophie, wie sie sich bei Diabetes findet, hyaline Degeneration der Epithelien der geraden Harnkanälchen und der Henle'schen Schleifen, die P. als Nekrose des Protoplasmas ansieht. Auch die Nebennieren unterzog P. einer genauen Untersuchung und konnte hier nekrotische und degenerative Veränderungen nachweisen, bedingt durch einen entzündlichen Process in der Kapsel. Auffallenderweise war trotz der hochgradigen Veränderungen in diesen Organen eine Bronzefärbung der Haut in keinem der Fälle während des Lebens zu sehen gewesen, wodurch in Übereinstimmung mit anderweitigen Beobachtungen bewiesen ist, dass der Morbus Addisoni nicht in konstanter Abhängigkeit von der Erkrankung der Nebennieren steht.

In den oberen Halsganglien des Sympathicus fanden sich Veränderungen zweierlei Art, einmal Bildung von dicken kolloiden Massen und zum Anderen mehr oder weniger weit vorgeschrittene Atrophie der Ganglienzellen. Auch in Bezug auf diese Befunde neigt sich P.

zur Anschauung, dass die Atrophie der Ganglienzellen eine Folge, nicht eine Ursache des Diabetes seien.

Als gemeinschaftliche Ursache für die in den Organen der Diabetiker gefundenen Veränderungen sieht P. die konstant nachweisbare Läsion der Intima der arteriellen Gefäße an, die entweder in einer Degeneration des Endothels, das dann mit dem Blutstrom fortgeschwemmt wird und in loco die Cirkulation hemmt oder in einer hyperplastischen Endarteritis besteht, die die Arterie verengert oder verschließt. Aus diesen Gefäßalterationen würde sich gut erklären lassen, wesshalb nicht die Organe in toto erkrankt sind, sondern nur in einzelnen Partien, wie z. B. einige Acini des Pankreas, oder ein kleines Stück der Darmschleimhaut, immer handle es sich um eine lokale Atrophie aus lokaler Ursache, die ihren Sitz in den Gefäßen hat.

Die Endarteritis diabetica wird ebenfalls als eine Folge des Diabetes angesehen und auf sie die Entstehung der spontanen Gangrän der Extremitäten, die gangränösen Processe in den Lungen, die gangränösen Destruktionen der Haut (Decubitus, Karbunkel, Abscesse etc.) zurückgeführt.

Die Frage nach der Ursache des Diabetes lässt Verf. vollständig offen.

Seifert (Würzburg).

---

7. J. Dejérine. Des alterations des nerfs cutanés chez les ataxiques, de leur nature periphérique et du role joué par ces alterations dans la production des troubles de la sensibilité, que l'on observe chez ces malades.

(Arch. de phys. norm. et path. Serie XIII. Vol. II. p. 72.)

D. hat zwei tabetische Frauen während des Lebens genügend lang und genau beobachtet, die beide sehr deutliche Sensibilitätsstörungen hatten. (Die erste zeigte analgische und anästhetische Stellen über die Haut der Glieder und des Stammes zerstreut und Verlangsamung der sensibeln Leitung, die zweite ganz ähnliche Stellen fast von gleicher oder von gleicher Intensität, ebenfalls Leitungsverlangsamung, aber außerdem blitzartige Schmerzen.) Die Nekropsien wurden sehr genau angestellt, namentlich auch die Rückenmarks- und Nervenwurzeln mikroskopisch untersucht. Es zeigte sich, dass Rückenmark und hintere Wurzeln nach Intensität und Extensität in beiden Fällen sehr verschieden stark ergriffen waren. Im ersten Falle waren die Burdach'schen und die Goll'schen Stränge in ihrer ganzen Länge in fibröses Gewebe verwandelt, von sklerosirten Gefäßen durchzogen und nur hier und da eine intakte markhaltige Faser nachweisbar. Bei der zweiten Pat. aber fand sich nur der Beginn eines analogen Processes, die Läsion war viel weniger ausgedehnt, das Bindegewebe viel spärlicher und zahlreiche Nervenfasern wareu noch erhalten. In beiden Fällen waren die Clarke'schen Säulen und die Hinterhörner normal. Die Degeneration der Wurzeln entsprach etwa derjenigen im Marke. Im ersten Falle war sie so hochgradig, dass

man viele Präparate durchmustern konnte, ehe man einmal auf eine intakte Faser stieß, im zweiten waren viele normale Nerven erhalten. Die Differenz war so groß, dass man entschieden nach den Präparaten ein so analoges Verhalten der Sensibilität in beiden Fällen nicht hätte vermuthen können. Die gefundenen Veränderungen schienen demnach durchaus nicht ausreichend, um die Unterschiede im klinischen Verlauf zu erklären. Wohl aber wirft darauf ein Licht der Befund an den Hautnerven, von denen Verf. einige in mühsamer und exakter Weise untersuchte. Als man die Nerven an den Stellen der Haut, wo man Sensibilitätsstörungen beobachtet hatte, untersuchte (Osmium-Pikrokarminmethode), war man über die hochgradigen Veränderungen, welche sie erlitten hatten, sehr erstaunt. Man fand viele Scheiden ganz leer, in anderen die bekannten Produkte des Nervenzerfalls, in einigen auch normale Verhältnisse; ein Bild ganz ähnlich, wenn auch nicht so hochgradig, wie es die dem Nerven entsprechende hintere Wurzel auch zeigte. Merkwürdig ist, dass der Nervenstamm dicht unterhalb des Ganglions ganz normal war, eben so das Ganglion selbst. Degenerirt waren also nur die hinteren Wurzeln bis zum Ganglion und eine gewisse nicht näher zu bestimmende periphere Strecke des Nerven, namentlich die Zweige da wo sie eben in die Haut eintreten. Welche Wichtigkeit der Nachweis solcher peripherer Degenerationen für die Theorie der sensiblen, trophischen und koordinatorischen Störungen bei Tabes bietet, liegt auf der Hand, man hat, und das liegt vielleicht an der Schwierigkeit der Untersuchung, solche »periphere Neuritiden« noch nicht oft bei Tabes gefunden, vielleicht existiren sie auch nicht in allen Fällen. Ref. empfiehlt die Originalarbeit als eine vortreffliche und musterhafte dringend den Interessenten zum Studium. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

8. **Boegehold.** Über die Verletzungen des Ductus thoracicus.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3. p. 443 ff.)

Im Anschluss an eine gelegentlich der Exstirpation einer Krebsgeschwulst am Halse vorgekommenen Verletzung des Ductus thorac., welche B. während seiner Assistenzzeit bei Wilms sah, hat er sich mit dem Gegenstand ausführlicher beschäftigt und giebt nach einer Schilderung des mannigfache Abnormitäten in seinem Verlauf darbietenden Ganges eine Zusammenstellung der in der Litteratur über Verletzungen und krankhafte Veränderungen des Ductus thorac. vorhandenen Mittheilungen. Beobachtungen über entzündliche Processe, Obliteration durch maligne Tumoren, tuberkulöse Erkrankungen des Ductus, und zwar meist ohne wesentliche, nur vereinzelt mit erheblichen Störungen des Allgemeinbefindens, sind (bezüglich der Details cf. Original) nicht so ganz selten in der Litteratur, während von zweifellosen durch Trauma bedingten Läsionen des Ganges nur ein sicher konstatirter Fall vorliegt. Es wird hierauf der experimentell

und zwar sowohl am Halse als innerhalb der Brusthöhle vorgenommenen Unterbindungen resp. Verletzungen des Ductus thorac. gedacht, wobei besonders die von Schmidt-Mülheim (Archiv für Physiologie von du Bois-Reymond 1877) vorgenommenen Versuche als bedeutungsvoll hervorgehoben werden und B. kommt, nach Bericht über einige von ihm in dieser Richtung angestellte Experimente, zu dem Schluss, dass der Ductus thorac. (in der Brusthöhle) ohne lebensgefährliche Verwundung anderer Organe verletzt werden kann, wofür Anomalien im Verlaufe dieses Ganges entscheidend sein können. Ferner gewinnt B. auf Grund seiner Studien die Überzeugung, dass die vollständige Integrität des Ganges für den Bestand des Lebens nicht absolut nothwendig ist. Die dem Pat. drohenden Gefahren resultiren aus der durch die austretende Lymphe bedingten Kompression von Lunge und Herz und erfordern das Ablassen des Chylus auf operativem Wege. Die Heilung von Verletzungen des Milchbrustganges erfolgt, wie bei anderen Lymphgefäßen, durch Kontraktion der umliegenden Gewebe und Gerinnung der Lymphe. An eine operative Unterbindung des verletzten Ductus thorac. (in seinem Verlauf in der Brusthöhle) beim Menschen dürfte wegen unüberwindlicher Schwierigkeiten kaum zu denken sein. Bei Verletzungen des Ganges am Halse genügt, wie in B.'s Fall, Tamponade zur Heilung der Wunde. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

9. **H. O. Thomas.** Nerve inhibition and its relation to the practice of medicine.

(Contributions to surgery and medicine 1883. Part VIII. Jan.)

T. geht von der Annahme aus, dass bei der Wirkung zahlreicher Mittel gewisse hemmende (inhibitorische) Aktionen derselben eine Rolle spielen und dass aus deren Untersuchung und Verfolgung über die Existenz hemmender Nerven und die inhibitorischen Funktionen überhaupt Aufschluss erhalten werden könne. Von diesem Gesichtspunkte aus unterwirft T. die Wirkungsweise der Sedativa (oder Narcotica) und der Stimulantia einer speciellen Betrachtung, und kommt schließlich zu der Überzeugung, dass »Hemmungsnerven« im Sinne der Physiologie nicht existiren, sondern dass vielmehr die inhibitorischen Wirkungen der Arzneimittel aus einer partiellen Ablenkung (Deflektion) oder Übertragung (Transposition) von Nervenkraft zu erklären seien, indem bei einseitiger Verminderung der letzteren die fraktionäre Energie vorübergehend in anderen Richtungen entsprechend erhöht werden müsse. Daher z. B. die scheinbar stimulirende Aktion der Narcotica auf einzelne Organsysteme. Der Unterschied zwischen scheinbarer (z. B. durch Alkohol producirter) und wirklicher Stimulirung bestehe überhaupt darin, dass jene »durch Inhibition eines oder mehrerer Nervencentren entsteht, welche zu einer Anhäufung von Nervenkraft in anderen, nicht so beeinflussten (Centren) führt« — wahre Stimulirung dagegen in einer »Neuschöpfung

von Nervenkraft in einem oder mehreren Gebieten« (areas), während die übrigen, unbeeinflussten Nervencentren Zeichen verminderter Energie zeigen oder auch nicht zeigen. Diese ziemlich unklaren und noch unklarer entwickelten Anschauungen sucht T. u. A. auf die Wirkung des Bromid bei Epilepsie, auf die krankmachende Wirkung septischer Gifte, und die präventive und abortive Behandlung infektiöser Krankheitszustände zu übertragen, und hofft mit ihrer Hilfe eine größere Gleichförmigkeit in der praktischen Therapie zu erzielen! **A. Eulenburg** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **A. Lombardini.** Intorno ad un caso d'apertura nel setto interventricolare del cuore.

(Gaz. d. ospit. 1883. No. 83 u. 84.)

Es handelt sich um einen 19jährigen Menschen, der vom 4. Lebensmonat an Cyanose, Suffokationserscheinungen, Herzpalpitationen und vorübergehende leichte Ödeme an den unteren Extremitäten zeigte. Trotzdem hatte er sich zu einem freilich körperlich und geistig zurückgebliebenen Wesen entwickelt. Die objektive Untersuchung ergiebt eine Vergrößerung des rechten Ventrikels und ein systolisches Blasen an allen Herzostien, mit der größten Intensität aber am linken Sternalrande in der Höhe der 5. Rippe. L. diagnosticirt nach sehr ausführlicher Besprechung aller Möglichkeiten eine kongenitale Perforation des Septum interventricolare. Für letzteres — gegenüber einem Offenbleiben des Foramen ovale — entscheidet sich L. hauptsächlich wegen der beträchtlichen Hypertrophie des rechten Herzens. **Kayser** (Breslau).

11. **W. Bruce.** Contagious Pneumonia.

(Brit. med. journ. 1883. II. p. 268.)

Mehrere Gruppen von Pneumonia crouposa, innerhalb deren Ansteckung sehr wahrscheinlich ist. Krankengeschichten.

1. Gruppe. 1) Ein Fall von schlecht ausgebildeter Basispneumonie. 2) Akute Basispneumonie bei der Pflegerin No. 1. 3) Rechtsseitige Basispneumonie bei dem Kinde der Pflegerin.

2. Gruppe. Akute Pneumonie bei 3 Kindern gleichzeitig auftretend, die in einem Hause wohnen.

3. Gruppe. Pneumonie bei 2 Burschen, die zusammen arbeiteten, fast gleichzeitig auftretend.

4. Gruppe. 5 Fälle von Pneumonie, die gleichzeitig im gleichen Distrikt auftraten. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

12. **Thomas F. Raven.** Notes of an Epidemic of Pneumonia.

(Brit. med. journ. 1883. II. p. 269.)

Hausepidemie von Pneumonie, die von 3 Erwachsenen und 7 Kindern 5 Kinder ergriff. 3 Fälle von krupöser Pneumonie waren kurz vorher in der Nachbarschaft vorgekommen. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

13. **Pauli** (Plön). Diphtherie mit Gelenkentzündung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 45.)

Bei einer Diphtheritisepidemie im Kadettenhause zu Plön, von der 27 Kadetten befallen wurden, fanden sich in 2 Fällen Komplikationen mit multiplen Gelenk-

entzündungen. Natron salicylicum hatte nur in dem einen Falle einen günstigen Einfluss auf die Gelenkaffektion gehabt.

P. erklärt sich diese Affektion der Gelenke durch das specifische Diphtherievirus hervorgerufen in der Weise, wie nach Typhus, Gonorrhöe, Pyämie Gelenkentzündungen entstehen.

Seifert (Würzburg).

14. Hallopeau et Giraudeau. Note sur un cas de compression de la protubérance.

(Union méd. 1883. No. 175.)

Ein Mann in den 40ern, der seit einigen Monaten an zunehmender Paralyse der 4 Extremitäten (auf der linken Seite stärker) leidet, verfällt plötzlich in Koma; während desselben spastische Erscheinungen im rechten Orbicularis und Frontalis, zeitweise Déviation conjugée nach rechts. Tod nach 60 Stunden an Asphyxie; die Sektion ergab ein Aneurysma des Truncus basilaris, das den Pons in seiner Mitte auf der rechten Seite komprimirte. Die Verff. machen besonders auf die eigenthümliche Respirationsstörung aufmerksam. Richtete man den Kranken im Bett auf, so sank der Kopf nach vorn und in diesem Augenblick hörte die bis dahin geräuschvolle, aber regelmäßige Athmung auf, einige Minuten später begann der Puls langsamer zu werden; wurde der Kopf zurückgebogen, so traten sofort die früheren Verhältnisse wieder ein; der Stillstand der Athmung erfolgte jedes Mal in forcirter Exspirationsstellung; er wird auf die bei Neigung des Kopfes stärkere Kompression des Bulbus und indirekt des Vaguskerns zurückgeführt.

Strassmann (Leipzig).

15. C. Posner. Ein Fall von primärem Carcinom der Harnblase.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 26.)

Ein 34jähriger Mann erleidet eine plötzliche heftige Blasenblutung ohne ersichtlichen Grund mit mehrtägiger Harnverhaltung. Im Verlaufe der nächsten Jahre wiederholen sich die Hämorrhagien und der von Tenesmus gequälte Pat. wird kachektisch. Man findet 8 Jahre nach der ersten Blasenblutung geringe Kapacität der Harnblase; die Sonde stößt auf Raumbeschränkung in den unteren Partien der Blase. Harn dick, missfarben, von kadaverösem Geruch, in ammoniakalischer Gährung mit massenhaften polymorphen Epithelien. Mit Rücksicht auf diesen Symptomenkomplex wird die Diagnose (von Fürstenheim) auf Blasenkrebs gestellt. Ein Vierteljahr später geht der von Unterleibsschmerzen gepeinigte Kranke nach mannigfachen Schwankungen des Verlaufes seines Leidens zu Grunde. Die Sektion ergiebt einen orangegroßen, ulcerirenden, in der linken Hälfte der vorderen Blasenwand entspringenden Tumor, der fast das ganze Lumen des unteren Abschnittes der Blase einnimmt. Eine kleinere zottige Geschwulst rechts. Blasenwand hypertrophisch, katarrhalisch. Prostata und Mastdarm intakt. In der rechten Niere zahlreiche Coccusherde. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt die Struktur eines theils medullären, theils scirrhösen, theils kolloiden Carcinoma epitheliale. Die Gestalt der Krebszellen wiederholt in typischer Weise diejenigen der Blasenepithelien.

Fürbringer (Jena).

16. Bollinger. Über Tuberkelbacillen im Euter einer tuberkulösen Kuh und über die Virulenz des Sekretes einer derartig erkrankten Milchdrüse.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 16.)

B. fand in den erkrankten Drüsenpartien selbst wie in dem milchähnlichen Safte der Ausführungsgänge eines erkrankten Euters, das von einer perlsüchtigen Kuh stammte, Spaltpilze, die alle Eigenschaften der Tuberkelbacillen zeigten. Die Impfung mit dem bacillenhaltigen Sekret der erkrankten Milchdrüse in den Bauchfellsack eines Meerschweinchens führte zu ausgesprochener Miliartuberkulose des Impfthieres.

Seifert (Würzburg).

17. **George Padley.** Idiopathic (progressive pernicious) Anaemia and its successful treatment.

(Lancet 1883. II. p. 813 u. 849.)

Ein Fall von progressiver perniciöser Anämie, der sich bei Arsenikgebrauch wesentlich besserte. Im Anschluss daran giebt Verf. die Geschichte der Therapie der in Rede stehenden Krankheit.

Von 48 ihm aus der Litteratur bekannten Fällen, welche ohne Arsen behandelt wurden, verliefen 42 tödlich, zwei verschlechterten sich, von zwei anderen kennt man das Resultat nicht und ein Fall (offenbar Leukämie, Verf.) wurde geheilt. Von 22 mit Arsen behandelten Fällen wurden 16 geheilt, 2 gebessert und 4 starben.

Edinger (Frankfurt a/M.).

18. **Cadier.** Auto-inoculation laryngée de la tuberculose par le contact direct des points symétriques des cordes vocales.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1883. Vol. IX. Part 4. p. 200 ff.)

Es werden die Krankengeschichten von 5 an Larynxphthise leidenden Pat. mitgetheilt, bei denen mit dem Kehlkopfspiegel die Übertragung des tuberkulösen Processes von einem Stimmband auf die symmetrische Stelle des anderen verfolgt werden konnte, »ce qui produit alors une véritable auto-inoculation laryngée de la tuberculose«.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

19. **G. Hunter Mackenzie.** Clinical cases of diseases of the throat and nose.

(Edinb. med. journ. 1883. Oktober. p. 317 ff.)

Fall I betrifft ein 4jähriges, im Alter von 6 Monaten an Masern erkranktes Kind, das seit jener Zeit heiser blieb und kürzlich von Stimmlosigkeit und Dyspnoe befallen worden war.

Die laryngostenotischen Erscheinungen hatten dabei so zugenommen, dass die Tracheotomie erforderlich wurde; die laryngoskopische Untersuchung war bei dem Kinde nicht ausführbar, es fehlen desshalb jegliche Angaben über die dem klinischen Bilde zu Grunde liegenden pathologischen Veränderungen im Larynx, wodurch der Fall sein Hauptinteresse verliert.

Fall II. Bei einem 50jährigen seit $3^1/_2$ Jahren heiseren und kurzluftigen Mann wurde laryngoskopisch komplete Lähmung des rechten Stimmbandes, so wie ein dreilappiger, papillomatöser, vom rechten Taschenband ausgehender Tumor und chronischer Katarrh der Kehlkopfschleimhaut nachgewiesen. Die Geschwulst wurde bis auf den am weitesten nach vorn befindlichen, nicht gestielt aufsitzenden Lappen per vias natural. entfernt, worauf sich die Athemnoth besserte, während die Heiserkeit wegen des Bestehens der rechtsseitigen, ätiologisch unaufgeklärten Stimmbandlähmung persistirte.

Fall III bezeichnet M. selbst als »obscure case of laryngeal disease«. Es handelt sich um einen seit September 1882 heiseren, mit fortwährenden Schmerzen im Halse und starkem, gelegentlich blutiges Sputum zu Tage förderndem Husten behafteten Mann, der vor 20 Jahren syphilitisch gewesen war. Die Untersuchung des Halses ergab reichliches Sekret im Rachen, Verdickung besonders des rechten Epiglottisrandes, Schwellung der ary-epiglottischen Falten und des Taschenbandes rechts, vom rechten nicht scharf begrenzten Gießbeckenknorpel gehen zwei kleine knotige Wülste aus, das rechts kaum sichtbare Stimmband beim Phoniren nicht beweglich; keine Ulceration sichtbar. In der rechten Lungenspitze verändertes Respirationsgeräusch ohne Rasseln. Das Hauptsymptom, die auf die rechte Halsseite beschränkten, beim Schlucken exacerbirenden Schmerzen, besserten sich unter antisyphilitischer mit Einblasungen von Morphium in den Larynx kombinirter Behandlung, so dass Pat. wieder feste Nahrung zu sich nehmen konnte. Er erlag am 26. Januar 1883 einer durch Erkältung acquirirten Katarrhalpneumonie. Die Sektion ergab doppelseitige Pleuraobliteration so wie über beide Lungen, speciell aber die rechte Spitze verbreitete kleine Verdichtungs- und Erweichungs-

herde, im Larynx diffuse Infiltration und Ulceration der Schleimhaut seiner rechten Hälfte, ohne dass mikroskopisch specifische histologische Elemente gefunden wurden. In der Epikrise betont M. die Schwierigkeit in der Differentialdiagnose zwischen Lues, Krebs und einfacher chronischer Entzündung des Larynx im vorliegenden Falle, dem er »undoubtedly a well marked syphilidic element in its nature« zuerkennt; Ref. theilt diese Ansicht absolut nicht, hält den ganzen Krankheitsfall auch nicht für obskur, vielmehr für einen tuberkulösen, sich in Lungen und Larynx abspielenden Process. Dafür spricht der klinische und anatomische Befund in Kehlkopf und Lungen und es ist auffallend und bedauerlich, dass es M. unterlassen hat, auf Tuberkelbacillen zu untersuchen. Die durch die antisyphilitische Behandlung erzielte — wie die anatomische Untersuchung erwiesen hat nur sehr mäßige — Besserung beweist für die Richtigkeit der M.'schen Auffassung nichts.

Fall IV, ein Pat. mit Nasenpolypen, giebt dem Autor Anlass, für die Operation dieser Tumoren sowohl als für die Behandlung hypertrophischer Schleimhaut über den Nasenmuscheln die Galvanokaustik als die zweckmäßigste Methode zu empfehlen. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

20. Johnson (Chicago). **Reports of five cases of congenital tumors of the larynx.**

(Archives of laryngology vol. IV. Part 4.)

Es werden die Krankengeschichten von 5, im Alter bis zu 3 Jahren stehenden Kindern erzählt, welche sämmtlich von Geburt an mit heiserer Stimme schrieen und mehr oder weniger dyspnoisch waren. Es handelte sich bei allen um angeborene papillomatöse intra-laryngeale Neubildungen, welche bei einzelnen dieser Kinder die Tracheotomie erforderlich machten. Bei einem derselben trat unter Einfluss von Keuchhusten spontane Ausstoßung der freilich nur kleinen papillomatösen Geschwulst und damit Heilung ein. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

21. William Porter. Laryngeal paralysis from aneurysm.

(Ibid.)

P. berichtet über 3 Fälle von Aneurysma des Aortenbogens, bei denen als erstes Symptom laryngeale Erscheinungen, Beschwerden beim Sprechen und der Athmung auftraten, welche sich objektiv als durch Kompression des linken Recurrens bedingt erwiesen; auch hierbei war das primäre Ergriffenwerden der für die Kehlkopferweiterer bestimmten Fasern dieses Nerven zu konstatiren. Die übrigen physikalisch für ein Aneurysma des Aortenbogens sprechenden klinischen Erscheinungen traten erst später auf. (Wiederholt beobachtet, praktisch freilich wichtig. Ref.) **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

22. Baierlacher. Über die elektrische Behandlung der Gastralgien und Enteralgien.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 20.)

Verf. berichtet über 6 Fälle von Gastralgien und Enteralgien, bei denen die elektrische Behandlung von gutem Erfolge war. Welchem von beiden Stromesarten, dem faradischen oder dem galvanischen der Vorzug zu geben sei, vermag B. nicht zu entscheiden. Er wandte zwei etwa handtellergroße plattenförmige Elektroden an, wovon die eine in der Gegend des Kreuzes, die andere unmittelbar über der schmerzhaften Stelle zu liegen kam.

Der elektrische Pinsel wurde nur selten angewandt, da derselbe erhebliche Schmerzen verursacht und vor den anderen Methoden nichts Besonderes voraus haben wird. **Seifert** (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, **P. Ehrlich**, **D. Finkler**, **A. Fränkel**,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 20. **Sonnabend, den 17. Mai.** **1884.**

1. **E. Pflüger.** Über den Einfluss der Schwerkraft auf die Theilung der Zellen und die Entwicklung des Embryo.

(Erste Abh.: Pflüger's Archiv Bd. XXXI. p. 311—318, zweite Abh.: ibidem Bd. XXXII. p. 1—79.)

2. Derselbe (z. Th. mit W. J. Smith). Über Bastardirung der anuren Batrachier und die Principien der Zeugung.

(Ibidem Bd. XXXII. p. 519—580.)

P. hat die merkwürdige Entdeckung gemacht, dass die Schwerkraft eine tief eingreifende Rolle bei den ersten Vorgängen der Entwicklung des Eies spielt. Bekanntlich ist die Oberfläche des Batrachiereies etwa zur Hälfte mit einem schwarzen Pigmente überzogen; dadurch ist das Ei in eine schwarze und eine weiße Halbkugel gesondert; die einander gegenüber liegenden Mittelpunkte dieser Halbkugeln werden als schwarzer und weißer Eipol bezeichnet. Unter normalen Verhältnissen ist nun die erste Wirkung der Befruchtung eine derartige

Drehung des in Wasser suspendirten Eies, dass der schwarze Pol senkrecht nach oben sieht. Weiter beginnt dann die Furchung immer so, dass die beiden ersten auf einander senkrechten Furchungsebenen durch von einem Pole zum andern ziehende Meridiane der Eikugel umschrieben werden. Die dritte Furchung ist eine äquatoriale, erfolgt aber stets in einem Parallelkreis, der dem schwarzen Pole näher liegt als dem weißen. Die Ebene des ersten Furchungsmeridians fällt mit der Medianebene des künftigen Embryo zusammen.

P. gelang es nun die befruchteten Eier an der normalen Drehung zu hindern, indem er ihnen nur so wenig Wasser zusetzte, dass sie mit ihren Gallerthüllen an der Unterlage festklebten. Die Furchung zeigte sich jetzt unabhängig von der Richtung der mit der Senkrechten irgend einen Winkel bildenden »primären«, den schwarzen und weißen Pol verbindenden Eiachse und zwar so, dass die ersten 3 Furchungen in Ebenen erfolgten, welche zu der zufällig senkrecht stehenden »sekundären« Eiachse in derselben Beziehung stehen, wie die Furchungsebenen bei normaler Furchung zur lothrecht stehenden »primären« Eiachse.

Von der dritten Furchung ab schreitet bekanntlich die weitere Zerklüftung auf der oberen Hemisphäre rascher voran, als auf der unteren. Auch diese Differenz ist nicht im Bau des Eies begründet, sondern ist eine Wirkung der Schwerkraft. Bei den künstlich fixirten Eiern, welche mehr oder weniger große Partien der weißen Hemisphäre nach oben kehren, gewinnt diese denselben Vorsprung in der Furchung, der normal der schwarzen Hemisphäre zukommt. Die Wirkung der Schwere findet stetig statt: ändert man, kurz ehe eine Theilung des Eies sich vollzieht, dessen Lage, so erfolgt das nächste Stadium noch ganz so, wie es der früheren Eilage entspricht. Erst die späteren Stadien stehen unter dem Einfluss der neuen Eilage, deren Einfluss auf die Vorgänge im Ei also ein langsamer, stetiger ist.

Wenn man nach dem bisher Gesagten glauben möchte, dass ursprünglich gar keine Differenzirung im Ei bestehe, dass die Schwere allein bestimme, was aus jedem Theile der Eikugel werden solle, hat der weitere Verfolg der Entwicklung abnorm gelagerter Eier gezeigt, dass bei ihnen die normale Beziehung zwischen erster Furchungsebene und Medianebene des Embryo nicht besteht. Bei ihnen bildet die Embryoachse mit der ersten Furchungsebene die verschiedensten Winkel, dagegen liegt sie stets auf einem der »primären« Meridiane des Eies und zwar auf jenem, welcher während der Entwicklung senkrecht stand. Da es nun in der Hand des Experimentators liegt, durch Verlegung des Eies einen beliebigen Meridian zum senkrechten zu machen, muss man annehmen, dass in jedem primären Meridian eine Molekülgruppe sich findet, welche fähig ist, zum Embryo auszuwachsen und dass von diesen zahlreichen (sit venia verbo!) potentiellen Embryonen, der durch die Schwere, d. h. durch seine Lage im höchsten primären

Meridian bevorzugte, allein zur Entwicklung gelangt und die übrigen Keime assimilirt, zu seinem Wachsthum verbraucht. Auf dem durch die Schwere bevorzugten Meridiane entwickeln sich die primären Organe des Embryo in einer Weise, welche zeigt, dass hier eine ursprünglich gegebene Organisation, eine bestimmte »Polarisation« der Eimoleküle zugleich mit der Schwere bestimmend wirkt. Stets geht die Entwicklung von der Gegend des durch die Schwere bevorzugten Meridians aus, welche eine zur Richtung der Schwere äquatoriale Lage hat und welche zugleich der weißen Hemisphäre angehört. In der Richtung von hier zum schwarzen Pole entsteht das Kopfende, in der zum weißen Pole das Steißende des Centralnervensystems. Nach der letzteren Seite auch schon vorher der »Urmund der Gastrula«, der sog. Rusconi'sche After.

Die beschriebenen Thatsachen werden von P. zu einigen Verallgemeinerungen von höchstem Interesse verwerthet. Wie im Ei eine winzige Molekülgruppe ordnend auf das übrige Material wirkt, es sich anfügend nach bestimmten Gesetzen, die durch die Natur und Lagerung der wirkenden Theile gegeben sind, so wirken in lebenden Organismen alle organisirten Theile bestimmend auf die Massen, welche sich an sie anlagern. Die Reorganisation eines verloren gegangenen Organs von der Wundfläche aus ist analog dem Aufbau des ganzen Körpers von Seiten der ersten Anlage, der richtenden Molekülgruppe. Wenn nun von den zahlreichen im befruchteten Ei vorhandenen »Keimen« nur einer zur Entwicklung gelangt, so muss man sich fragen, ob die übrigen einfach zu Grunde gehen und gleichwerthig der übrigen Eisubstanz von dem bevorzugten Keime assimilirt werden, oder ob sie eine besondere Bedeutung im neuen Organismus behalten. P. entwickelt die Idee, sie möchten in die Anlage der Geschlechtsorgane aufgehen und die Grundlage der Geschlechtszellen werden. Ei und Samen wären so gewissermaßen Geschwister, nicht Nachkommen der sie producirenden Organismen; die Nichtvererbung erworbener Eigenschaften, im Gegensatz zur Treue der Übertragung des Arttypus genügend erklärt[1].

P. giebt zu, dass auch eine andere Erklärung der von ihm gefundenen Thatsachen möglich sei; man könnte annehmen, es existire nur ein Keim, eine organisirte Molekülgruppe, welche bei abnormer Lagerung des Eies an den ihr durch die Schwere angewiesenen Ort wandere. Die Diskutirung dieser beiden Möglichkeiten führt im Anschluss an Verf.s Studien über Bastardirung zu einer höchst interessanten Erörterung der Principien der Zeugung. Es wird auf die merkwürdigen Beobachtungen von O. Hertwig und Fol über die Folgen des Eindringens mehrerer Spermatozoen in dasselbe Ei hingewiesen. Indem die männlichen Sterne, welche aus den Spermatozoen hervorgehen, sich mit je einem Fragment des weiblichen Pronucleus ver-

[1] Man vergleiche die analogen Anschauungen, zu welchen Nussbaum (Arch. f. mikroskop. Anat. Bd. XVIII) durch das Studium der ersten Anlage der Geschlechtsorgane beim Embryo geführt worden ist.

binden, entstehen so viele erste Furchungskerne, als Spermatozoen eingedrungen sind, weiter aber entstehen eben so viele Embryonalanlagen, die sich bis zum Gastrulazustand entwickeln. Es besitzt demgemäß jedes Ei in der That viele Keime, von denen in der Norm nur einer sich entwickelt. Wie hier abnorme Entwicklung durch übermäßige Befruchtung bedingt wird, so scheinen die bei den Versuchen über Bastardirung der Batrachier beobachteten Störungen der Furchung auf unvollkommener Befruchtung zu beruhen, welche dadurch zu Stande kommt, dass nur ein Theil des in den Eihüllen festgehaltenen Spermatozoon bis zum Dotter vordringt und in ihm zerfällt. Derartiges Steckenbleiben der Spermatozoen in den Gallerthüllen des Eies konnten P. und S. an nach der Befruchtung gehärteten Eiern direkt beobachten. Auch ließ sich an mit normalem Samen befruchteten Eiern der Feuerkröte unregelmäßigste Furchung erzeugen, wenn den Eiern zu wenig Wasser gegeben wurde, wodurch die sie umhüllende Gallerte sehr steif blieb.

Den Theilungsvorgang am Keimbläschen, welcher zur Ausstoßung der sog. Richtungskörper führt, erklärt P. als ontogenetisches Analogon jener Entwicklungsstufe, auf welcher die Organismen sich durch einfache Theilung, ohne Kopulation vermehrten. Die Bildung der Richtungskörper geht desshalb der Befruchtung voran.

N. Zuntz (Berlin).

---

3. **L. Ollivier** et **Ch. Richet.** Nouvelles expériences sur les microbes de la lymphe des poissons.

(Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. 1883. No. 27. p. 477.)

Verff. haben durch mikroskopische Untersuchungen und durch Kulturversuche, welche letzteren allerdings noch zu keinem abschließenden Resultat geführt haben, festgestellt, dass im Blut und in der Lymphe der Fische normalerweise Bacillen vorkommen. Trotz der Anwesenheit dieser Organismen halten sich aber das Blut und die Lymphe dieser Thiere außerhalb des Organismus lange Zeit hindurch unverändert; die Klarheit und Geruchlosigkeit einer organischen Flüssigkeit beweist also noch nicht, dass dieselbe von Mikroorganismen frei ist. (Eine nicht eben neue Erkenntnis. Ref.) Verff. meinen, dass die ätiologische Erforschung der Infektionskrankheiten vielleicht diese in den Körperflüssigkeiten der Fische vorhandenen Mikroorganismen wird in Betracht ziehen müssen. **G. Kempner** (Berlin).

---

4. **Dubois.** Note pour servir à l'histoire de la glycogénie.

(Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. 1883. No. 26. p. 464.)

Nach Claude Bernard nimmt im lebenden Organismus die Menge des in der Leber enthaltenen Zuckers unter dem Einfluss von Chloroform und Alkohol zu. Verf. untersuchte, ob sich auch eine Vermehrung des Zuckers nachweisen lässt, wenn man ausgeschnittenes

Lebergewebe mit Ätherdämpfen in Berührung lässt. Es konnte ein Einfluss des Äthers auf die postmortale Zuckerbildung nicht gefunden werden. **G. Kempner** (Berlin).

---

5. **S. Mayer** und **A. Pribram.** Studien über die Pupille.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. V. Hft. 1. p. 15—35.)

Verff. haben die Veränderungen der Pupillenweite bei Hirnanämie, die nach der von M. ausgearbeiteten Methode der Hirnarterienkompression an Kaninchen erzielt wurde, einem eingehenden Studium unterzogen. Die dem Abschneiden der Blutzufuhr unmittelbar folgende Verengerung der Pupille halten Verff., gestützt auf die auch im übrigen Organismus durch den genannten Eingriff auftretenden Reizzustände, für einen durch den N. oculomotorius vermittelten Erregungsvorgang. Die der Verengerung folgende Erweiterung der Pupille fassen Verff. als ein Lähmungsphänomen auf. Dass die Erweiterung nicht durch eine Kontraktion des Dilatator pupillae ausgelöst wird, erschließen die Verff. hauptsächlich aus dem Umstande, dass nach Durchschneidung des Sympathicus einschließlich des Ganglion cervicale supremum noch Pupillenerweiterung nach Hirnarterienklemmung, eben so wie nach Unterbrechung der künstlichen Respiration eintritt. Dabei ist aber hervorzuheben, dass die Erweiterung auf der operirten Seite stets geringer als auf der gesunden ausfällt. Verff. erklären diese Differenz in der Weise, dass auf der normalen Seite die Elasticität des Irisgewebes und der Zug des vom Rückenmarke tonisch innervirten Dilatator wirken, während auf der innervirten Seite nur das erste Moment wirksam ist.

Im Verlaufe einer länger dauernden Kopfarterienklemmung tritt, bei mannigfachen individuellen Schwankungen, eine mehr oder weniger stark ausgebildete Abnahme der anfänglichen Pupillenweite zu einem Grade mittlerer Pupillenenge ein. Eine Betheiligung des Oculomotoriuscentrum erscheint hierbei ausgeschlossen, wohl aber kann es sich hierbei um eine Ermattung des pupillendilatirenden Centrums im Rückenmarke in Folge des allmählich sinkenden Blutdruckes bei länger dauernder Hirnarterienklemmung handeln. Dass es sich aber auch hierbei nicht ausschließlich um einen Nachlass der Dilatatorkontraktion handelt, geht aus der Thatsache hervor, dass die Pupillenverengerung auch dann noch eintritt, wenn vorher der Sympathicus durchschnitten worden war. Verff. sind der Anschauung, dass die Bedingungen für die erwähnte Erscheinung in der Iris selbst aufzusuchen sind. Sie machen weiterhin auf die Ähnlichkeit der Pupillenverengerung im Tode mit der Verengerung nach Hirnarterienanämie aufmerksam, beide Erscheinungen sind nach der Anschauung der Verff. begründet in einem Kontraktionszustande der muskulösen Elemente, in dem sie dem definitiven Tode (Muskelstarre) verfallen. In einzelnen Fällen beobachteten Verff. während des Verschlusses der Kopfarterien eine außerordentlich starke Myosis, eine eben so starke Pupillenverengerung

ergab sich auch in mehreren Versuchen, wenn nach länger bestehender Hirnarterienklemmung der Blutstrom nach dem Gehirn wieder freigegeben wurde. Verff. sind nicht in der Lage diese hochgradige Myosis erklären zu können, glauben aber aus den Versuchen entnehmen zu können, dass dieselbe unabhängig vom centralen Nervensysteme zu Stande kommt. Verff. machen bei dieser Gelegenheit auf die mehrfach beobachtete hochgradige Pupillenenge im Schlafe (und auch bei Krankheiten) aufmerksam, für deren Erklärung nicht nur die jeweiligen Zustände des centralen Nervensystems, sondern auch die in den irritablen Bestandtheilen der Iris selbst stattfindenden Vorgänge berücksichtigt werden müssen.

Löwit (Prag).

---

6. **Alb. Riva.** Le injezioni d'acqua nel peritoneo.

(Gaz. d. osp. 1883. No. 73.)

In der Absicht zur Behandlung der Cholera eine Methode zu finden, mittels derer man dem Blute den Wasserverlust ersetzen könnte, hat R. Hunden größere Mengen Wasser in die Bauchhöhle gespritzt. Er fand, dass Hunden unter den nöthigen antiseptischen Kautelen 400—1200 ccm warmen gewöhnlichen Wassers mit Leichtigkeit d. h. ohne Narkose und selbst ohne Fesselung eingespritzt werden können und dass die Thiere selbst eine an demselben Tage wiederholte Injektion der gleichen Quantität ohne nennenswerthe Störung ihres Befindens ertragen.

Kayser (Breslau).

---

7. **Mya** e **Vandoni.** Contributo all' albuminuria e nefrite sperimentale. (Aus dem Laboratorium der Klinik des Prof. Bozzolo in Turin.)

(Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino. [Sep.-Abdr.])

Die Verff. injicirten Kaninchen Lösungen von 1—6 g Harnstoff in 12 g Wasser. Sie beobachteten konstant das Auftreten von Serumalbumin und Propepton (gemischte Albuminurie im Sinne Senator's) im Harn. Kontrollversuche zeigten, dass nach einfachen Wasserinjektionen kein Eiweiß im Urin auftrat. Bei einem Kaninchen wurden die Injektionen (3,5 und 6 g Harnstoff pro die) 15 Tage hindurch fortgesetzt. Anfangs verschwand das Eiweiß einige Stunden nach der Injektion wieder (transitorische Albuminurie), nach dem neunten Tage wurde der Eiweißbefund konstant. Der eiweißhaltige Harn war ärmer an Salzen, dunkler gefärbt und durchscheinender als der eiweißfreie. Nach dem elften Tage zeigte sich plötzlich Hämaturie und granulirte Cylinder. »Zugleich entstand an den abhängigsten Theilen des Körpers eine nicht fluktuirende Anschwellung von pastöser Konsistenz, welche, punktirt, eine seröse Flüssigkeit aus den subkutanen Bindegewebsräumen austreten ließ.« An demselben Tage erfolgte nach einer neuen Injektion von 3 g Harnstoff der Tod unter Konvulsionen. Die Autopsie ergab: Gehirn auf dem Durchschnitt

stark glänzend, Serum in den Ventrikeln, im Unterhautgewebe und Mediastinum massenhafte Ansammlung von Serum. Herz vergrößert, Nieren in ihrem Volum vergrößert, Corticalsubstanz geschwellt, hier und da gelblich verfärbt. Unter dem Mikroskop zeigte sich Schwellung der Epithelien; in einzelnen Tubulis ist das Epithel zerstört und das Innere desselben ist angefüllt mit einer feinkörnigen Masse; andere sind mit Haufen von rothen Blutkörperchen erfüllt, die sich auch hier und da in den Bowman'schen Kapseln finden. Cylinder wurden nicht bemerkt; Intercellularsubstanz intakt. Die Verff. erinnern an die Untersuchungen von Hoppe-Seyler und Newmann, nach denen aus eiweißhaltigen Flüssigkeiten Eiweiß leichter durch thierische Membranen filtrirt, wenn verschiedene Salze und Harnstoff zugesetzt werden, und glauben, auch bei ihren Experimenten den Eiweißgehalt des Urins auf gleiche Weise erklären zu können. Die bisherigen Untersuchungen über die Wirkung von Harnstoffinjektionen ins Blut hätten die Veränderungen des Harns unberücksichtigt gelassen, eine Lücke, die durch ihre Versuche ausgefüllt werde.

Brockhaus (Godesberg).

---

8. **M. Loeb.** Ein Erklärungsversuch der verschiedenartigen Temperaturverhältnisse bei der tuberkulösen Basilarmeningitis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. p. 443.)

Bekannt ist, dass bei Basilarmeningitis die Körpertemperatur bald erhöht, bald normal, bald erniedrigt ist, bald sich im Verlauf der Krankheit verschieden gestaltet. Verf. betont nun, dass bei Geschwülsten der Hypophysis dann Temperaturerhöhung eintritt, wenn Druck auf die Umgebung ausgeübt ist. Er vermuthet daher, dass auch bei Basilarmeningitis dann Temperatursteigerung erfolgt, wenn Exsudat in der Gegend des Chiasma reichlich angesammelt ist und im Trigonum intercrurale Druck ausübt. **Eichhorst** (Zürich).

---

9. **G. Bizzozero.** Handbuch der klinischen Mikroskopie mit Berücksichtigung der wichtigsten chemischen Untersuchungen am Krankenbette und der Verwendung des Mikroskops in der gerichtlichen Medicin.

Ed. Besold, Erlangen 1883. 251 S., 44 Holzschnitte, 7 Tafeln.

Eine von A. Lustig und S. Bernheimer besorgte, mit einem Vorwort von H. Nothnagel versehene autorisirte deutsche Originalausgabe, die Übersetzung der 1881 erschienenen zweiten Auflage des »Manuale di Mikroskopia clinica«.

Laut Inhalt der Vorrede zur ersten italiänischen, vor 5 Jahren ausgegebenen Auflage ist es der Mangel an einem guten Leitfaden zur Erklärung und praktischen Verwerthung der mikroskopischen Beobachtungsresultate gewesen, welcher B. veranlasst hat, seine Vorlesungen in Buchform herauszugeben, und 4 Jahre später erkennt

der Wiener Kliniker in seinem Vorwort an, dass des Autors Werk eine Lücke ausfüllt in unserer eigenen, so reichhaltigen Litteratur. In der That dürfen keine Zweifel darüber bleiben, dass die von verschiedener Seite lebhaft gewünschte Übersetzung des Buches nicht nur in sich berechtigt, sondern entschieden geboten war. Was das Werk auszeichnet, ist eine den Zwecken des Klinikers und wissenschaftlichen Praktikers auf das Vortrefflichste dienende, mit wohlthuender Objektivität gesichtete Verarbeitung und Anordnung des in der Litteratur vorliegenden Materials, das durch des Verf.s eigene Beobachtungen eine ausgiebige, sehr schätzenswerthe Erweiterung erfahren hat. Dass Einzelnes ohne die wünschenswerthe Kritik reproducirt wird, und der oder jener Abschnitt — namentlich das erste vom Gebrauche des Mikroskops handelnde Kapitel — einen seiner Dignität entsprechenden Umfang vermissen lässt (unter den Tinktionsmitteln werden die Anilinfarben nicht einmal erwähnt), hingegen andere Materien dem Verf. offenbar zu schwer gewogen haben (so nimmt die Beschreibung und Anwendungsweise des »Chromocytometers« den 4. bis 3. Theil des ganzen Abschnittes »Blutuntersuchung« in Anspruch, und dem Anchylostomum, so wie der von uns wenig beachteten Anguillula intestinalis und stercoralis werden 8 Seiten Text und Illustration gewidmet), sind Unvollkommenheiten, welche an dem ausgesprochenen Urtheil kaum etwas ändern und gewiss in der dritten Auflage beseitigt sein werden.

Der Inhalt des Werkes umfasst 14 Kapitel, von denen das erste die Beschreibung und den Gebrauch des Mikroskopes, das 2. bis 4. die Untersuchung des Blutes, der Exsudate und des Eiters, das 5. diejenige der Haut abhandelt; die nächsten 5 Kapitel lehren die Untersuchungen des Mundhöhleninhalts, des Erbrochenen, der Fäkalmassen, der Sputa und des Nasenschleims, das 11. diejenige des Auges, und in den 3 letzten finden wir die Untersuchung des Spermas, der weiblichen Genitalsekrete nebst Milch, so wie des Harns abgehandelt. Die lithographischen Abbildungen auf den 6 beigefügten Tafeln (80 Figuren) sind vortrefflich gerathen und stammen wohl durchweg aus des Verf.s eigener Hand, während die in den Text eingestreuten Holzschnitte theils anderen Werken (namentlich Kühne's physiologischer Chemie) entlehnt, theils weniger gut gelungen sind.

Auf ein Referat des Specialinhaltes kann an dieser Stelle unmöglich eingegangen werden. Der Autor beschränkt sich keineswegs auf eine Anleitung zu den verschiedenen Untersuchungen, sondern fügt fast in jedem Kapitel eine klinische, größtentheils von einschlägigen Krankengeschichten eigener Beobachtung begleitete Semiotik bezw. kurze Pathologie bei. Außerdem findet die forensische Seite volle Berücksichtigung.

Am eingehendsten wird die Untersuchung des Blutes, der Haut, der Sputa, der Fäces und des Harns behandelt. Das Kapitel »Haut« erstreckt sich auf die Untersuchung der Haare, des Schweißes, der para-

sitären Dermatonosen, der pathologischen Produkte des Integumentes. Die Vervollständigung des 9. Kapitels (»Sputa«), das im Jahre 1881 von den Koch'schen Tuberkelbacillen noch nichts bringen konnte, haben die Übersetzer in zweckentsprechender Weise übernommen durch Aufnahme der Methoden der Mikrophytenfärbung und speciell derjenigen der Tuberkelbacillen unter specieller Zugrundelegung von B.'s jüngst in der Gazetta degli ospitali veröffentlichten Kompilation. Dessgleichen wird durch die Übersetzer die Reihe der Zuckerproben durch die neue von Penzoldt empfohlene Zuckerreaktion (mit Diazobenzolsulfosäure) bereichert, wogegen die Ehrlich'sche Diazoreaktion pathologischer Harne anzuführen verabsäumt ist. Sehr werthvoll ist der von den Epithelien und Cylindern als Harnsedimentbestandtheilen handelnde Abschnitt, schon um desswillen, weil hier Verf. an Stelle früherer Angaben selbständige und, wie Ref. aus eigener Erfahrung versichern kann, vielfach berichtigende Ansichten ausspricht, die mit einer Reihe alter Irrthümer aufräumen, so der Angabe, dass ein bestimmter Unterschied zwischen den Epithelien des Nierenbeckens, der Ureteren und der Harnblase bestehe, dass die wachsartigen Cylinder der akuten Nephritis fremd seien etc. Rücksichtlich der Klassifikation der Nierenentzündungen ist den Fortschritten der Zeit nicht genügend Rechnung getragen worden, speciell nicht der bekannten bereits 1879 erschienenen Weigert'schen Arbeit, sonst würde nicht eine chronische diffuse und eine chronische interstitielle Nephritis gegenüber gestellt sein.

Die Untersuchung der »Exsudate« umfasst jene der Echinococcusblasen, der Ovarialcysten und Hydronephrose; als »Mundhöhleninhalt« figuriren Speichel, Zahn- und Zungenbelag, Krupmembranen, Soorplaques, Tonsillenexsudate; endlich ist im 12. Kapitel mit den bislang in den Lehrbüchern fortgeschleppten stiefmütterlichen und falschen Angaben über das Prostatasekret gebrochen worden.

Zwei Anhänge aus der Hand der Übersetzer: »Beschreibung und Gebrauchsanweisung des Blutkörperchenzählers von Thoma und Zeiss« und: »Über Blutplättchen« schließen das Werk, das, zumal bei der sehr guten Ausstattung der vorliegenden Ausgabe, sicherlich der im deutschen Vorwort ausgesprochenen Erwartung bereits entsprochen und auch bei uns Deutschen seinen Weg gemacht haben wird.

Fürbringer (Jena).

---

10. **J. W. Runeberg.** Über künstliche Aufblähung des Magens und des Dickdarms durch Einpumpen von Luft.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. p. 460.)

Um Magen oder Dickdarm mit Luft beliebig stark aufzublähen, führt Verf. Magensonde, Gummischlauch, elastischen Katheter ein, verbindet das vordere Ende mit dem Ballon eines Richardson'schen Ätherspray-Apparates und pumpt nun willkürlich große Luftmengen ein. Zwei kurz skizzirte Fälle erläutern die diagnostische Wichtigkeit des Verfahrens. In dem ersten handelt es sich um eine Cyste im

linken Bauchraum zweifelhaften Ursprungs. Nach Aufblähung des Dickdarms findet man das Kolon auf der vorderen Fläche des Tumors, demnach war letzterer eine Hydronephrosis. Beim zweiten Fall war gewissermaßen das Umgekehrte der Fall. Kein Nierentumor, aber das woher blieb unentschieden. **Eichhorst** (Zürich).

---

11. J. Goldschmidt. Die Lepra auf Madeira.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 9.)

Die Bevölkerung von Madeira (etwa 130 000 an Zahl) enthält gegen 500—600 Lepröse. Die Lepra herrscht dort seit bald 400 Jahren, hauptsächlich in den Westbezirken der Insel und unter der ärmeren Bevölkerung; doch scheint die Nahrungsweise nicht von Einfluss auf ihre Entstehung zu sein. Als ätiologisches Moment lässt sich mit Sicherheit nur die Heredität nachweisen; in einem einzigen Fall war dieselbe auszuschließen und vielmehr eine Infektion durch eine lepröse Amme nachzuweisen. Die tuberkulöse Form ist in entschiedenem Übergewicht. Verf. beobachtete nur 2 Fälle rein nervöser Lepra, ohne Haut- und Schleimhauterkrankungen, in dem einen kam es zu Paralyse des Trigeminus mit Zerstörung der Corneae, Taubheit und ataktischem Gang; in beiden war die Intelligenz herabgesetzt. Auch bei der tuberkulösen Form bestehen häufig Anästhesien, der Tod tritt meist durch intercurrirende Erkrankungen ein; in einem Falle erfolgte er durch lepröse Strikturen des Ösophagus und Darms mit Leber- und Milzamyloid. Neisser'sche Bacillen wurden mehrfach in den ausgeschnittenen Knoten nachgewiesen, Impfversuche waren erfolglos. Dasselbe lässt sich von der Behandlung sagen.

Strassmann (Berlin).

---

12. Koeniger. Über epidemisches Auftreten von Beriberi in Manila 1882/83.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. p. 419.)

Im August bis Oktober 1882 war Manila von einer starken Choleraepidemie heimgesucht worden. Kaum nahm die Seuche an Intensität ab, so zerstörte ein Cyklon einen Theil der Stadt und machte 60 000 Familien obdachlos. Dazu kam Überschwemmung. Um diese Zeit trat unter den Eingeborenen (Malaien) Beriberi auf, eine Krankheit, die vordem in Manila nie vorgekommen war. Die chinesische, namentlich die europäische Bevölkerung blieb fast ganz verschont. Nun waren aber gerade die leichten Holzhäuser der Eingeborenen vernichtet worden, außerdem leben die Malaien sehr einförmig und vorwiegend von Reiß. Die Krankheit breitete sich epidemisch auf die Umgebung aus und war namentlich am Anfang tödlich, so dass die Mortalität bis 60% betrug. Alter und Geschlecht waren einflusslos, nur die ersten 15 Lebensjahre blieben verschont. In der ersten Zeit herrschten die perniciösen Krankheitsformen vor, späterhin traten die atrophischen und hydropischen Formen auf. Besonders schienen

Wöchnerinnen gefährdet zu sein. Eine Einschleppung der Krankheit war nicht nachweisbar, eben so wenig Ansteckung. Ob der Krankheit eine infektiöse Polyneuritis zu Grunde liegt, wie Scheube (und auch Bälz, Ref.) wollen, oder ob nicht die Polyneuritis sekundärer Natur und das Leiden, wie Wernich zu beweisen sucht, eine miasmatische chronische konstitutionelle Erkrankung ist, lässt Verf. unentschieden.

In den akuten Fällen bewährte sich am besten Digitalin und noch mehr Koffeïn, in den chronischen arsenigsaures Eisen oder Strychnin, Milchkost, Seeaufenthalt, Vesikantien. Faradisation der Muskeln und Nerven befördert schnelleren Gebrauch der Muskeln.

Eichhorst (Zürich).

---

13. **Moebius.** Über das Verhalten der Pupille bei alten Leuten.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1883. No. 15.)

Von 83 alten Leuten (60 über das 80. Lebensjahr hinaus) zeigten 19 hochgradige Myosis, d. h. Pupille von weniger als 2 mm Durchmesser; 59 mittlere Pupillenenge (2—4 mm); 5 Mydriasis (ca. 6 mm), letztere waren sämmtlich blind durch Katarakt. Geringere Grade von Linsentrübung, die auf die Pupillenweite ohne Einfluss zu sein scheinen, fanden sich bei 34. Die Pupille der Greise ist demnach durchgängig enger als im reifen Alter. Der Altersverengung der Pupille (die vom 50. Jahre ab sich zu entwickeln scheint) entspricht auch eine Verengerung der Lidspalte und ein Zurücksinken des Bulbus. Hauptursache ist wahrscheinlich »die verminderte Innervation des Halssympathicus«; je mehr die dilatirenden Kräfte abnehmen, um so mehr erhält der Sphincter pupillae das Übergewicht und geräth in eine Art von Kontraktur.

Von 33 alten Leuten (12 mit Myosis) zeigten 3 (zugleich hochgradige Myosis) vollkommen starre Pupillen; weder bei wechselnder Beleuchtung, noch bei Konvergenz, noch bei intensiven Haut- oder Gehörreizen deutliche Reaktion. Hochgradig herabgesetzte Bewegung? zeigten 9 (darunter 5 mit hochgradiger Myosis). Von den übrigen 21 zeigten deutlich herabgesetzte Lichtreaktion 10, Konvergenzreaktion 8, Reaktion gegen sensible Reize ebenfalls 10; meist fielen diese Erscheinungen zusammen, doch fehlte zweimal die reflektorische Erweiterung auf sensible Reize bei wohlerhaltener Lichtreaktion gänzlich, während auch zweimal sich das umgekehrte Verhalten herausstellte. Myosis und Pupillenträgheit sind nicht an einander gebunden; doch ist bei Myosis die Pupillenträgheit beträchtlich häufiger als bei mittlerer Weite. Eine nähere Beziehung zwischen Abschwächung des Kniephänomens und Pupillenträgheit konnte M. nicht konstatiren.

Die Prüfung der reflektorischen Erweiterung geschah durch faradische Pinselung der Haut des Warzenfortsatzes, resp. durch Abschießen einer Kinderpistole vor dem Ohre der Versuchsperson, während

die letztere einen 5 m entfernten Gegenstand fixirte. Die Reizung mit dem Pinsel ergab sicherere Resultate, als die durch den Knall; namentlich ist bei letzterem das Zusammenzucken der Versuchsperson störend. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

14. **M. Mabboux.** Contribution à l'étude de l'hémichorée symptomatique dans les lésions cérébrales.

(Revue de méd. 1883. No. 12.)

Ein 23jähriger Liniensoldat fiel während seiner Dienstzeit auf durch psychische Anomalien, melancholisches Wesen und durch Anämie. Keine syphilitischen Antecedentien, keine hereditären Momente. Nachdem einmal auf kurze Zeit konvulsivische Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arm vorausgegangen, aber wenig beachtet waren, trat plötzlich am 17. Mai heftige Agitation der rechtsseitigen Extremitäten und des Kopfes, Verziehen der rechten Gesichtshälfte ein; die Bewegungen waren ungeordnet, choreatisch, das Bewusstsein erhalten, die Artikulation etwas gestört. Keine Spur von Hemiplegie oder Hemianästhesie. Die choreatische Agitation hörte im Schlaf auf; es bestanden melancholische Wahnideen, Gesichts- und Gehörshallucinationen, Nahrungsverweigerung.

Am 28. Mai wahre Folie musculaire, heftigste Agitation des Rumpfes, Gesichts und der Extremitäten, intercurrirend eklamptische Anfälle mit erloschenem Bewusstsein, stertoröser Respiration. Das Bewusstsein kehrte am folgenden Tag wieder; auch im linken Arm bestanden jetzt Choreabewegungen. Am 2. Juni Tod nach einem neuen eklamptischen Anfall. Chloral, Bromkalium, Ätherisation längs der Wirbelsäule waren ohne Effekt geblieben. Bei der Autopsie fand sich auf der Konvexität der Frontal- und Parietallappen Verdickung und Infiltration der weichen Häute, starke Adhärenz; partielle Erweichung der darunter liegenden Hirnsubstanz. Ein frischer, haselnussgroßer Bluthерd im hinteren Theil der inneren Kapsel links, ein wenig auf den äußeren Rand des Thalam. optic. und auf das Corp. striat. übergreifend, mit umgebender Erweichungszone. Bezüglich der Pathogenese der Hemichorea und der Symptome seines Falles schließt sich M. vollkommen Charcot's Ansicht an, dass jene durch Läsion eines besonderen Bündels des Fußes des Stabkranzes bedingt sei, das nach vorn und außen von dem sensitiven Bündel liegt und in Verbindung steht mit der hinteren Partie des Thalam. optic. Das Fehlen der Hemianästhesie, meint Verf., möchte abgehangen haben von dem Intaktbleiben des hintersten Abschnitts der Capsul. int., die Abwesenheit der Hemiplegie von der geringen Betheiligung des Thalamus und des Corp. striat. Die geistige Anomalie war durch die chronische Meningoencephalitis der frontoparietalen Regionen des Großhirns bedingt. Möglicherweise stand letztere in kausalem Verhältnis zu der anatomischen Läsion des hemichoreatischen Bündels.

Eisenlohr (Hamburg.

---

15. **Kingth.** Chorea laryngis.

(Archives of laryngology vol. IV. Heft 3.)

K. unterscheidet drei verschiedene hierher gehörige Zustände: 1) solche, wo es sich um choreatische Störungen nicht nur im Bereich der Stimmbandadductoren, sondern auch der Exspirationsmuskulatur (Brust- und Bauchmuskulatur) handelt und hierher rechnet er die seit lange bekannten als Krampfhusten, hysterischen Husten bezeichneten, mit krähenden, bellenden Tönen einhergehenden Hustenattacken; 2) solche, wo die Stimmbandadductoren allein afficirt sind, wo vom Willen unabhängige, krampfartige Annäherungen der Stimmbänder erfolgen (ein derartiger vom Verf. beobachteter, eine 42jährige Frau betreffender Fall wird kurz berichtet); 3) solche, wo es sich um auf die Exspirationsmuskulatur beschränkte Koordinationsstörungen handelt, also von Chorea laryngis nicht füglich die Rede sein kann; eine derartige Beobachtung ist von Chiari unter dem Titel Chorea laryngis mitgetheilt worden. Sämmtliche Zustände können als Theilerscheinung allgemeiner Chorea, bei Hysterie und anderen schweren allgemeinen Neurosen, aber auch unabhängig von solchen vorkommen. Therapeutisch empfiehlt sich Chinin, Eisen, Elektricität, warme Bäder mit kühlen Übergießungen. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

16. **Gugl.** Die Behandlung des Delirium tremens mit Paraldehyd.

(Zeitschrift für Therapie 1884. No. 4.)

Die schon früher vom Verf. anlässlich einer Beobachtung ausgesprochene Vermuthung, dass der Paraldehyd sich bei der Behandlung des Delirium tremens sehr werthvoll erweisen dürfte, findet ihre Bestätigung durch die drei neuerdings mit demselben Medikament behandelten Fälle. Auch diese drei Fälle sind, wie der erste, erstmalige Erkrankungen und endeten in Genesung. Prompte Wirkung des Medikaments trat jedes Mal ein, in dem ersten leichteren und mit geringerer Magenaffektion verbundenen Falle präciser, als in den schwereren. In Zuständen mit deutlicherer Angst scheint die Wirkung des Paraldehyd weniger zur Geltung zu gelangen. Verdauungsstörungen wurden trotz der Anwendung großer Dosen nicht bemerkt; die Aufnahme des Medikaments geschieht in Folge der Art der Darreichung (die Dosis Paraldehyd mit dem 2—3fachen Quantum Tinct. cort. aurant. mit Syrup. cort. aurant. simpl., oder in etwa $^1/_8$ Liter Zuckerwasser) leicht, besonders dadurch, dass Geruch und Geschmack der Mischung dem umflorten Sensorium des Pat. einen ganz besonders guten Schnaps vortäuscht.

Der Paraldehyd ist absolut gefahrlos, selbst in Tagesdosen von 6—8 g, die im Vorfall in rascher Folge gegeben wurden. Der Paraldehydschlaf entspricht extensiv und intensiv den an ihn zu stellenden Anforderungen. **M. Cohn** (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

17. E. Mendel. Über die Affenspalte.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 10.)

M. machte den Befund einer wirklichen Affenspalte, d. h. einer vorderen Occipitalfurche von genau denselben Eigenschaften wie bei den niederen Affen der alten Welt, an den beiden Hemisphären eines 8jährigen von Jugend auf blödsinnigen und epileptischen Mädchens. Dasselbe hatte auch nicht sprechen gelernt. Eine solche Bildung muss wohl als Rückschlag oder Atavismus bezeichnet werden. Dass die beigegebene Schnittserie für die Deutung der Furche gänzlich überflüssig ist, mag für den Nichtkenner bemerkt werden.

Wernicke (Berlin).

18. De Brun du Bois-Noir. Issue d'un squelette foetal par le rectum.

(Progrès méd. 1883. No. 26.)

Die genannten seltsamen Darmerscheinungen waren der Schlusseffekt einer 7jährigen! Extra-uterin-Schwangerschaft. Eine junge Frau übersteht im 2. und 3. Schwangerschaftsmonat eine plötzlich einsetzende Peritonitis. Zwei Wochen vor dem naturgemäßen Ende der Schwangerschaft beginnt die Geburtsarbeit; allein es kommt zu keiner Entbindung; der Cervix schließt sich, die Wehen cessiren; es tritt starke Milchsekretion ein; nach 6 Wochen kehren die Menses wieder, und es bleibt von nun an die Frau 6 Jahre lang beschwerdelos, um aufs Neue an einer mehrwöchentlichen Peritonitis zu erkranken. Jetzt werden in den Fäcalmassen Haare entdeckt; einige Monate später enthalten die Stühle zahlreiche, vollkommen nackte in vorgerückter Verknöcherung begriffene Skelettstücke eines reifen Kindes, Rippen, Wirbel, Röhrenknochen, Schulterblatt, Kiefer etc. Monatelang währt diese neue Anfangs mit lebhaften Schmerzen einhergehende eigenthümliche Ausscheidung. Niemals Blut im Stuhl. In der rechten Unterbauchgegend bleibt ein kindskopfartiger Tumor fühlbar; im Übrigen ist die Pat. genesen. Offenbar war die zweite Peritonitis der Ausdruck der Kommunikationsbildung zwischen Fruchtcyste und Darm. Verf. lässt es dahingestellt, ob die vorgerückte Ossifikation auf ein kurzes Überleben der Wehen seitens des Fötus zu beziehen sei. **Fürbringer** (Jena).

19. Escherich. Embolie und Lähmung bei Pleurairrigation.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 40.)

E. beschreibt in erster Linie einen Fall von multipler Hirnarterienembolie nach Empyem: Abscess im Hinterhauptslappen, Abscesse in den hinteren Theilen der linken Großhirnhemisphäre, neben dem Corpus striatum links; in der vorderen Kleinhirnhemisphäre.

Zweitens wird über 2 Fälle berichtet, die große Ähnlichkeit mit solchen von Lépine als Reflexparalyse bezeichneten Fällen haben. Bei 2 mittels Brustschnitt operirten Empyemen stellte sich wenige Tage nach der Operation Schwäche der gleichseitigen Oberextremität ein (ohne Sensibilitätsstörungen), die, ohne Spuren zu hinterlassen, nach kurzer Zeit wieder verschwand. Eine Erklärung für diese auffallende Erscheinung vermag Verf. nicht zu geben, auch kann er sich nicht recht mit der von Lépine aufgestellten Erklärung einer Reflexparalyse befreunden.

Seifert (Würzburg).

20. Thomas F. Raven. Fall von Charcot'scher Gelenkerkrankung.

(Brit. med. journ. 1884. Bd. I. p. 351.)

50jähriger, hereditär nicht belasteter Mann, seit 21 Jahren tabisch. Es besteht Atonie in den oberen und unteren Extremitäten, deutlicher Verlust des Muskelgefühls und totaler Verlust der Empfindungen von der Haut aus am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichtes. Hochgradigste doppelseitige Neuritis optica. Sehnen- und Hautreflexe fehlen völlig. Starke Schweiße bestehen.

Beide Kniegelenke difform und vollkommen desorganisirt, so dass bei jeder Bewegung (wieder reponirbare) Luxationen entstehen können. Dabei hört man das Kratzen und Reiben der Knochenenden. Die Gelenke sind nicht schmerzhaft, nicht geschwollen und enthalten keine abnorme Flüssigkeitsansammlung. Die Affektion begann 15 Jahre früher mit Erguss in die Gelenke. Sonstige entzündliche Erscheinungen waren aber nicht vorhanden. Die Fußgelenke sind verdickt (Tibiaenden) und steif, das rechte Schultergelenk ist abnorm beweglich, eben so beide Hüftgelenke, doch bestehen da keine Luxationen und keine Geräusche bei Bewegungen. Crises gastriques bestehen nicht. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

21. **M. Ch. Féré.** Morphinisme et grossesse.

(Compt. rend. hebd. des séanc. de la soc. de biol. 1883. No. 30.)

Eine 22jährige Person, die täglich 24 cg Morph. hydrochlor. sich injicirte, trat im 6. Monat der Schwangerschaft in Behandlung. F. begann damit, die Dosis täglich um $1/2$ cg zu verringern. Da aber alle 2 oder 3 Tage bei dieser Behandlung heftige Uterinkoliken und excessive Kindsbewegungen auftraten, so musste die Dosis oft wieder gesteigert werden, so dass die Kranke am Tage der Entbindung (6. Mai) noch 13 cg nahm. Im Wochenbett reagirte sie auf jede Herabminderung der Dosis mit Uterinkoliken und vollständigem Versiegen des Lochialflusses, der alsbald nach Darreichung der gewohnten Morphiummenge wieder in Gang kam. Am 3. Juni nahm die Kranke noch 8 cg. Da entschloss sich F. zur brüsken Entziehung des Morphiums; die Folge waren heftige Uterin- und Darmkoliken, Diarrhoen, Schlaflosigkeit und Aufregung während der nächsten 24 Stunden; dann aber war die Pat. vollständig und definitiv (? Ref.) geheilt. Das Kind zeigte während der ersten 60 Stunden nach der Geburt absolute Schlaflosigkeit; es schrie beständig und machte auffallend brüske Bewegungen. F. sieht darin die Wirkung der durch die Geburt gesetzten plötzlichen Entziehung des Morphiums.

G. Kempner (Berlin).

22. **Penny.** Aneurism of innominate artery, rupturing into apex of lung.

(Med. times and gaz. 1883. I. p. 122.

42jähriger Mann mit den physikalischen Zeichen eines Aneurisma des Truncus anonymus stirbt plötzlich an Hämoptyse. Bei der Sektion wird ein Aneurysma des Truncus anonymus »large as a tennis ball« gefunden, das an der Lunge rechts, welche vollkommen mit Blut erfüllt war, fest adhärirte. Die eigentliche Gefäßöffnung wurde nicht gefunden. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

23. **Limousin.** Emploi de l'oxygène dans les cas d'asphyxie.

(Progr. méd. 1883. No. 38.)

Verf. konstatirt einen sehr heilsamen Einfluss dieser Therapie bei den verschiedensten Formen von Asphyxie, insbesondere der Raucherstickung der Feuerwehrleute. Der dunkle Punkt liegt aber in der Misslichkeit einer genügend schnellen Beschaffung des Gases in geeigneter Applikationsform.

Fürbringer (Jena).

24. **J. W. Hayward.** Two cases of malignant (haemorrhagic) Scarlatina treated by Crotalus.

(Lancet 1883. II. p. 54.)

Zwei Fälle von Scharlachdiphtherie, die mit sehr schweren Prostationserscheinungen und Athembeschwerden, verursacht durch reichliche diphtheritische Membranen, einhergingen und sich binnen wenigen Stunden nach der äußerlichen Applikation von Crotalus verbunden mit innerlicher Darreichung des gleichen Mittels, aber sehr verdünnt, sichtlich besserten und schließlich gut verliefen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

25. Tosoni. Contribuzione alla terapia della Corea.

(Ann. univ. di med. e chir. 1883. Hft. 7.)

T. berichtet über einen Fall von sehr hochgradiger Chorea bei einem 16jährigen Mädchen, in welchem er vorzügliche Erfolge von der methodischen Inhalation von Amylnitrit sah. Schon nach wenigen Inhalationen, die zu je 3 des Morgens und des Abends gemacht wurden, zeigte sich entschiedene Besserung und in 27 Tagen war die Heilung vollständig. Auch trat kein Recidiv ein. »Konstant führten die Inhalationen schnell eine Kongestion zu den nervösen Centralorganen, Röthung des Gesichts und der Stirn, Injektion der Augen, Athemnoth und kurze Respirationen herbei; Morgens wie Abends sank während der Inhalation die Temperatur von 38 auf 36° C., der Puls von 120 auf 90 Schläge.«

Im Anschluss an diesen Fall bespricht T. die haupsächlichsten Theorien über Ursachen, Sitz, Pathogenese, Diagnose, Prognose und Therapie der Chorea, ohne wesentlich Neues vorzubringen. **Brockhaus** (Godesberg).

26. Wiebe. Einige Fälle von therapeutischer Anwendung des Hypnotismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 3.)

Verf. beseitigte durch Bestreichen der betreffenden Lokalitäten resp. der kontralateralen Kopfhälfte in der Hypnose in 4 Fällen von Hysterie: einen Schüttelkrampf, allgemeine unregelmäßige Muskelzuckungen, eine totale Hemianästhesie und eine kombinirte Brachial- und Trigeminusneuralgie.

In allen 4 Fällen trat Heilung, resp. Besserung ein — im ersten, nachdem der Pat. gesagt war, jetzt müsse der Krampf aufhören (nach mehrmaligem Recidiv), im zweiten dauerte die Heilung immer um $^1/_2$—3 Tage, im dritten stellte sich die Sensibilität nach mehreren Hypnosen nur theilweise, später von selbst vollständig her, im vierten trat unter Beseitigung der Neuralgien eine kurze psychische Verwirrtheit ein. In anderen ähnlichen Fällen blieb die Hypnose erfolglos. (Bei der ungemeinen Launenhaftigkeit derartiger hysterischer Störungen erscheint es doch sehr zweifelhaft, ob der Hypnose überhaupt eine Wirkung zugeschrieben werden darf, abgesehen von der unerwünschten psychischen im vierten Falle. Ref.)

Thomsen (Berlin).

27. V. v. Hacker. Ein neuer Fall von geheilter Magenresektion.

(Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 41.)

Es handelte sich um ein Carcinom der Portio pylorica, die ersten Magenbeschwerden bestanden seit einem Jahr, die Abmagerung war bereits beträchtlich. Die Operation wurde von Billroth in der früher angegebenen Weise ausgeführt; der excidirte Tumor (Scirrhus) war verhältnismäßig klein. Durchaus reaktionsloser Verlauf; zur Zeit (3 Monate nach der Operation) ungestörtes Wohlbefinden.

Verf. theilt beiläufig mit, dass die von Wölfler vor $2^1/_2$ Jahren operirte Kranke im Juli vorigen Jahres an einem Scirrhus der Bauchdecken glücklich operirt worden ist. Von Seiten des Magens sind seit der ersten Operation nie wieder Beschwerden aufgetreten. **Strassmann** (Leipzig).

28. Landgraf. Magisterium Bismuthi gegen Ekzem.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1883. No. 16.)

Ein 72jähriger Mann litt an einem stark nässenden Ekzem der Hände; auf die erkrankten Stellen wurde Mag. Bismuthi in dicker Schicht aufgetragen und darüber Tuchhandschuhe angezogen. In 8 Tagen war das Ekzem geheilt. Auch bei Intertrigo der Hautfalten des Halses und der Schenkelbeugen der Neugeborenen und Säuglinge sah L. gute Erfolge von diesem Streupulver.

Seifert (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, **P. Ehrlich**, **D. Finkler**, **A. Fränkel**,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 21. **Sonnabend, den 24. Mai.** **1884.**

Nachtrag zu der Mittheilung: Über die Histogenese des tuberkulösen Processes[1].

Von

Prof. Dr. **Baumgarten** in Königsberg i/Pr.

Es ist mir jetzt mit Hilfe verbesserter Untersuchungs- (namentlich Färbungs-) Methoden gelungen, in fast allen, in der ersten Entwicklung begriffenen, Impftuberkeln der verschiedensten Organe zahlreiche typische karyokinetische Figuren an den fixen Gewebszellen, sowohl bindegewebigen als epithelialen Charakters, nachzuweisen (während an den leukocytären Elementen, trotz genauesten Nachsuchens, jede Andeutung solcher Figuren auch jetzt vermisst wurde), so dass nunmehr der Punkt, den ich in meiner neulichen bez. Mittheilung noch offen lassen musste, ob nämlich bei

[1] Dieses Blatt 1884, No. 15.

der Bildung der epithelioiden und Riesenzellen des Tuberkels, außer der Hypertrophie der fixen Gewebszellen auch noch eine Hyperplasie, eine Kern- und Zellvermehrung der fixen Gewebszellen, resp. der aus ihnen hervorgegangenen Epithelioidzellen, eine wesentliche Rolle spiele, im positiven Sinne erledigt ist. Ich habe mir erlaubt, hier diese Ergänzung meiner bez. Beobachtungen kurz mitzutheilen, weil sich leider doch die Fertigstellung der ausführlichen Arbeit, wegen der geringen Zeit die mir während des Semesters dazu gegeben ist, etwas länger hinziehen dürfte, als ich erwartete.

---

1. **Bechterew.** Über die Lokalisation der Hautsensibilität und des Muskelsinns an der Oberfläche der Großhirnhemisphäre.

(Neurologisches Centralblatt 1883. No. 18.)

B. schloss auf Grund seiner Versuche (an Hunden), dass die bei Zerstörung der motorischen Hemisphärenfelder beobachteten Bewegungsstörungen nicht von irgend welchen Veränderungen der Sensibilitätsstörungen abhängen, und dass also »die Centren für Tast- und Muskelgefühl von den Bewegungscentren gesondert liegen müssen«. Zur Eruirung des ersteren wandte B. seine Aufmerksamkeit besonders der den Parietalwindungen des menschlichen Gehirns entsprechenden Region (zwischen den auf die Umgebung des Gyrus sigmoideus beschränkten »Bewegungscentren« und den »Gefühlscentren für das Gesicht und das Gehör« im Occipital- resp. Temporallappen) zu. Dass dieselbe, nach Munk, Empfindungscentren für Augen und Kopf enthalte, wird von B. bezweifelt; er gelangte vielmehr durch Versuche zu der Überzeugung, dass (am Hunde) nach Zerstörung einzelner Abschnitte dieser Region beständig deutliche Veränderungen der Sensibilität der gegenüber liegenden Körperhälfte sich einstellen. Je nach dem Orte der Zerstörung können diese Veränderungen entweder die Tastempfindungen, oder das Muskelgefühl, oder endlich die Schmerzempfindlichkeit betreffen.

Die Centren für Tastempfindungen liegen nach B. unmittelbar nach hinten und außen vom motorischen Felde, während die Centren für den Muskelsinn und diejenigen für das Schmerzgefühl die sogleich über dem Anfang der Fossa Sylvii befindliche Region einnehmen. Beide letztere Centren sind einander eng benachbart, jedoch — wie die Resultate beschränkter Verletzungen ergeben — nicht an identische Stellen der Großhirnrinde gebunden.

(Es dürfte gerathen sein, die von B. angekündigte ausführlichere Publikation über die Topographie der einzelnen Gefühlscentren an der Großhirnrinde abzuwarten, da die kurze Versuchsmittheilung doch noch anderweitige Bedenken offen lässt.) **A. Eulenburg** (Berlin).

---

2. **Ch. Richet.** Effets de la destruction de l'écorce cérébrale sur les lapins.

(Séance de la soc. de biol. de Paris 1884. April 19.)

Sogenannte Krautkaninchen, die bekanntlich sehr zauderhaft, schnüffelnd hin- und herschauen und sich mühsam fortschleppen, werden lustig, flink, leicht reizbar, wenn man ihnen die Hirnrinde oberflächlich mit dem Thermokauter leicht kauterisirt. Das Kaninchen scheint nach der Operation zu sehen, denn es meidet alle seitliche Hindernisse, die es im Wege findet; trotzdem kann es sich in einem einmal begonnenen Anlauf nicht zeitlich aufhalten, um nicht an eine Wand heftig mit dem Kopfe anzuprallen, wie es Autor auch bei einer Gans im vorigen Jahre aufgefallen ist.

R. erklärt diese Erscheinung dadurch, dass in der Hirnrinde die Hemmungscentren durch das Anbrennen derselben zerstört worden sind und dass das verlängerte Rückenmark (!) in Folge dessen dann das Übergewicht in seiner Funktion erlangt. Wenn das Kaninchen in normalem Zustande nicht lustig und flink herumläuft, so sind daran gewisse Excitationen Schuld, die von der Hirnrinde aus das Thier davon abhalten und so hemmend auf das verlängerte Rückenmark (!) wirken.

Die Temperatur der operirten Thiere steigt ebenfalls und der Autor meint in Folge dessen, dass die hemmenden Wirkungen der Hirnrinde sich auch auf die thermogenetischen Processe ausdehnen müssen. Könnte man aber auch nicht im Gegentheil eine Reizung als Ursache dieser Temperaturerhöhung ansehen? **Marcus** (Paris).

---

3. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Zweiter Band.

Der zweite Band der Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt enthält 11 ausgezeichnete Originalabhandlungen und ist ausgestattet mit 13 prachtvollen chromolithographischen Tafeln und 13 Holzschnitten.

Die erste, zugleich umfangreichste, durch 10 Tafeln erläuterte Arbeit stammt von Geheimrath Dr. Koch und handelt über

Die Ätiologie der Tuberkulose.

In der Einleitung zeigt der Verf. zunächst, dass weder die klinische Beobachtung noch die pathologische Anatomie, sondern nur die Forschungen der experimentellen Pathologie befriedigenden Aufschluss über die Infektiosität der Tuberkulose geben konnten. Die ersten dahin zielenden Versuche stammen von Klenke aus dem Jahre 1843, die wichtigsten sind die von Cohnheim und Salomonsen.

Sodann wird ausführlich der Gang der Untersuchungen auf pathogene Organismen beschrieben und am Beispiel des Milzbrandes erläutert. Derselbe umfasst drei scharf abgegrenzte Theile: erstens den Nachweis der pathogenen Organismen, zweitens die Isolirung und Reinkultur und drittens die Verimpfung derselben.

I. Nachweis pathogener Organismen in den tuberkulös veränderten Organen und in den Absonderungen der letztèren.

Die von K. acceptirte Ehrlich'sche Methode der Färbung der Tuberkelbacillen wird zunächst genau beschrieben und schließlich betont, dass das eigenthümliche Verhalten der Tuberkelbacillen den Anilinfarben gegenüber zwar von eminenter Bedeutung, aber für ihre pathogene Natur noch keineswegs beweisend sei und dass es gewiss noch gelingen werde, dieselben auf einfachere Weise zu färben. Was die Größe der Bacillen betrifft, so entspricht sie einem Viertel bis einer Hälfte eines rothen Blutkörperchen, die Form ist die schlanker Stäbchen, die aber oft nicht vollkommen gerade sind, sondern auch leicht geknickt oder gebogen oder sogar schraubenförmig gedreht sein können, was nöthigenfalls für die Differentialdiagnose verwerthbar sein kann.

In Bezug auf die Vertheilung der Bacillen in den Tuberkeln erwähnt K. die allgemein bestätigte Thatsache, dass sie stets am sichersten dort gefunden werden, wo der tuberkulöse Process im ersten Entstehen oder in schnellem Fortschreiten begriffen ist. Mit Eintritt der Verkäsung nehmen sie ab, sie bleiben zwar noch eine Zeit lang nach dem Zerfall der sie Anfangs einschließenden Zellen nachweisbar, aber schließlich verschwinden sie ganz, indem sie in Sporen zerfallen, die leider bis jetzt noch nicht gefärbt werden konnten, sondern nur durch die starke Infektiosität der käsigen Substanz sich bemerkbar machen. Bei dieser Gelegenheit wendet sich K. gegen die stellenweise noch vorhandene Vorstellung, dass die Verkäsung das Primäre sei und erst den Nährboden für die Bacillen abgebe; er konstatirt, dass das Erscheinen der Bacillen stets das Primäre ist, worauf unmittelbar eine Ansammlung von Zellen erfolgt, mit deren Absterben als sekundäres Stadium die Verkäsung auftritt.

Die Lagerung der Bacillen in den dieselben fast stets einschließenden Riesenzellen ist nach K. eine sehr eigenthümliche und für ihren böswilligen Charakter recht bezeichnende. Liegen nur wenige Bacillen in der Riesenzelle, so ist fast stets ein gewisser Antagonismus zwischen den Kernen und Bacillen zu erkennen, den K. auf Strömungen im Plasma der Zelle zurückzuführen geneigt ist. Einige Abbildungen geben davon Zeugnis: bei excentrischer Lage der Kerne liegt ein Bacillus fast genau in der Mitte, bei unipolarer Anordnung der Kerne liegt ein Bacillus am entgegengesetzten, kernlosen Pol, bei äquatorialer Anordnung der Kerne besitzt jeder kernfreie Pol einen Bacillus. Nehmen die Bacillen zu, dann scheinen sie in offensiver Weise gegen die Kerne vorzugehen: mit senkrecht gegen die Oberfläche der Riesenzelle gestellter Achse erscheinen sie zwischen den Kernen und durchbrechen endlich den Kernwall, der Untergang der Zelle bildet den Abschluss. Die strahlenförmige Anordnung der schließlich allein übrig gebliebenen Bacillen soll oft noch längere Zeit nach dem Tod der Riesenzellen zu beobachten sein.

Die Entwicklung des Tuberkels und seiner Endprodukte erfolgt

nach K. in der Weise, dass eine Wanderzelle des Blut- oder Lymphstromes einen Bacillus aufnimmt, eine Strecke weit denselben verschleppt, liegen bleibt und dann sich umwandelt in eine epitheloide Zelle, um welche sich sehr bald eine Anzahl ebenfalls epitheloider Zellen lagern. Die den Bacillus bergende Zelle wird zur Riesenzelle, in der sich die Bacillen vermehren und schließlich den Tod der Zelle herbeiführen, worauf dann die Verkäsung folgt.

K. erwähnt noch die Sporenbildung in den Bacillen, die das so häufig zu Gesicht kommende Bild giebt: 2—6 ungefärbte eiförmige Sporen sind von einer zarten gefärbten Linie begrenzt.

An diesen allgemeinen Theil schließt sich die genaue Beschreibung einer großen Anzahl specieller Untersuchungen.

A. Tuberkulose des Menschen.

1) Miliartuberkulose.

Bei 19 genau untersuchten Fällen fanden sich die Bacillen stets in zahlreichen Tuberkeln der Lungen, des Gehirns, der Milz, der Leber und der Nieren. Bis auf einen Fall wurden stets ältere Käseherde, gewöhnlich in den Lungen und Bronchialdrüsen nachgewiesen, welche immer Bacillen enthielten.

In 2 Fällen fand sich eine Tuberkulose des Ductus thoracicus, einmal im Anschluss an chronische Urogenitaltuberkulose, das andere Mal bei verkästen Mediastinaldrüsen. Bei einer Anzahl von Fällen war es möglich, den von Weigert zuerst beschriebenen Durchbruch tuberkulöser Massen in Venen nachzuweisen, einmal waren die Wandungen kleiner Arterien bis an ihr Lumen heran ganz durchsetzt von Bacillen, K. schließt daraus, dass der spontane Durchbruch von Bacillen in den arteriellen Kreislauf als dritter Weg der Allgemeininfektion bei Miliartuberkulose anzusehen sei. In der Nähe eines haselnussgroßen Herdes in einer Nierenpapille fanden sich mit Bacillen erfüllte Harnkanälchen, ein anderes Mal mit Bacillen erfüllte Glomerulusschlingen, ein Befund, der abermals für das Eindringen der Bacillen in die Blutbahn spricht. (Inzwischen ist es bekanntlich Weichselbaum gelungen, in dem Blute der lebenden an Miliartuberkulose leidenden Pat. die Bacillen nachzuweisen.)

In einem Falle konnte K. neben dem Bacillenbefund zahlreiche kapilläre Mikrokokkenembolien konstatiren, er betrachtet denselben als eine Mischinfektion, bei der die Mikrokokkeninvasion kurz vor dem Tode von einem Zungengeschwür ausgegangen zu sein scheint.

2) Lungenphthise.

In 29 untersuchten Fällen wurden die Bacillen niemals vermisst, am reichlichsten kamen sie bei frischen käsigen Infiltrationen und im Innern rapid zerfallender Kavernen zu Gesicht, bei narbiger Schrumpfung in den Lungen verschwinden sie. In Betreff der Genese nimmt K. an, dass der Anfang von einem Miliartuberkel gebildet wird, der bald verkäst und gewöhnlich schon sehr bald in einen Bronchus durchbricht. Dadurch, dass sich die nekrotischen Massen

entleeren, wird der zerstörenden Thätigkeit der Bacillen so wie ihrer Vermehrung die denkbar günstigste Gelegenheit verschafft. Es bestehen aber noch unaufgeklärte Verhältnisse, welche dem fortschreitenden Zerfall hinderlich in den Weg treten können, so dass es dann zur narbigen Schrumpfung und zum Stillstand des Zerfalls kommt. Die Bacillen des primären Lungenherdes können zu sekundären Herden führen: sie können sofort in den Blutstrom gelangen und allgemeine Miliartuberkulose veranlassen; durch die Lymphbahnen werden sie in die Bronchialdrüsen geführt, wo sie die so häufige Verkäsung derselben einleiten; sehr häufig gelangen sie in die Luftwege und führen zu Kehlkopftuberkulose, und wird das bacillenhaltige Sputum verschluckt, leicht zu Darmtuberkulose; wird der bacillenhaltige Eiter wieder aspirirt, so entsteht in vorher gesunden Lungenpartien entweder ein neuer Herd, der sich dem primären analog entwickelt, oder es treten, besonders bei Aspiration von größeren Mengen, sogleich oft weitverbreitete käsige Infiltrationen auf, die das bekannte Bild der sog. käsigen Pneumonie erzeugen. Auch Tuberkulose des Kehlkopfs, des Rachens, der Mundhöhle und der Bronchialdrüsen kann, wenn keine tuberkulösen Theile aspirirt werden, Ausgangspunkt für käsige Infiltration in der Lunge bilden. Der Darmkanal scheint nach K. ein besonders günstiger Boden für das Wachsthum der Bacillen zu sein, denn nicht nur in den Knötchen in der Nähe von Geschwüren und in den Mesenterialdrüsen, sondern auch im Darmkanal selbst waren stets große Mengen von Bacillen nachweisbar.

3) Tuberkulose verschiedener Organe.

Dieselben wurden theils operativ entfernt, theils stammten sie von Sektionen. 2 Fälle von tuberkulösen Zungengeschwüren, 4 Fälle von Tuberkulose des Nierenbeckens, 1 Fall von Tuberkulose der Harnblase und Harnröhre, 1 Fall von Tuberkulose der Nebenniere, 1 Fall von Tuberkulose des Uterus und der Tuben waren alle sehr reich an Bacillen. Fünf operativ entfernte tuberkulöse Hoden und zwei größere solitäre Tuberkel des Gehirns zeigten nur wenig Bacillen in Riesenzellen. Nur einmal, im Eiter eines tuberkulösen Nierenabscesses fehlten die Bacillen, aber die Verimpfung ergab ein positives Resultat, so dass also wohl nur Sporen vorhanden waren.

4) Skrofulöse Drüsen.

21 Fälle wurden untersucht. Die Bacillen fanden sich nur da, wo theils mit, theils ohne begleitende Verkäsung Ansammlungen von epitheloiden und Riesenzellen bestanden, sie waren stets nur in sehr geringer Anzahl vorhanden, am konstantesten in den Riesenzellen, stellenweise aber auch noch in der käsigen Substanz. In 3 Fällen kamen Recidive zur Untersuchung, in einem Fall hatte die Zahl der bacillenhaltigen Riesenzellen entschieden zugenommen.

5) Tuberkulose der Gelenke und Knochen.

In 13 tuberkulösen Gelenken und 10 tuberkulösen Knochen wurden Bacillen nachgewiesen; nur in einem Fall, in welchem Abscesseiter zur Untersuchung kam, fanden sich keine Bacillen, jedoch ergab die Verimpfung desselben wie die des Eiters aus dem tuberkulösen Nierenabscess ein positives Resultat. Das Granulationsgewebe in der Umgebung der tuberkulösen Knochen und Gelenke zeigt dieselbe Struktur wie das Gewebe der skrofulösen Drüsen, die Bacillen waren stets nur in Riesenzellen enthalten.

6) Lupus.

Von 7 untersuchten Fällen gelang es bei 4 auf Schnitten Bacillen zu finden, allerdings erst nach längerem Suchen, sie lagen stets vereinzelt in Riesenzellen. In den 3 übrigen Fällen konnten keine Schnitte angefertigt werden, da das Material ausgekratzte Lupussubstanz war; es führten aber von allen 7 Fällen Impfungen in die vordere Augenkammer von Kaninchen zu Iristuberkulose mit nachfolgender allgemeiner Tuberkulose, wenn die Thiere so lange am Leben gelassen wurden. In den Impftuberkeln fanden sich stets zahlreiche Tuberkelbacillen. Von einem Fall gelangen auch Reinkulturen der Bacillen.

B. Tuberkulose der Thiere.

Ganz unempfänglich gegen die Infektion mit Tuberkelvirus ist keine Species der warmblütigen Thiere. In allen untersuchten Fällen fand sich in stets gleich typischer Weise dasselbe Anfangsstadium, der Tuberkel. Die späteren Stadien zeigten recht bedeutende Unterschiede, indem es in einigen Fällen zu ausgedehnter Koagulationsnekrose ohne Verkäsung kam (Meerschweinchen), in anderen zu schneller Erweichung und Bildung dünnflüssigen Eiters (Affe), oder zu Bildung derber Geschwulstmassen mit eingelagerten Kalkkonkrementen (Huhn), oder zur Verkalkung neben der Verkäsung etc.

1) Perlsucht des Rindes.

17 Fälle wurden untersucht, die Bacillen fehlten niemals, ihre Anzahl war allerdings sehr wechselnd. Bei 4 Fällen von käsiger Pneumonie mit Kavernen fanden sich die Bacillen in geringer Anzahl und zwar in der Kavernenwand in den dort zahlreichen Riesenzellen. In den eigentlichen Perlsuchtknoten lagen die Bacillen ebenfalls in den Riesenzellen und zwar in den jüngeren Knoten oft in sehr großer Menge, stets in der früher beschriebenen eigenthümlichen Anordnung. Auch die untersuchten käsigen Mesenterialdrüsen waren stets sehr reich an Bacillen.

2) Tuberkulose des Pferdes.

In den 4 untersuchten Fällen fanden sich stets die Tuberkelbacillen. Stellenweise waren Peritoneum und Netz der Sitz von Perlsuchtknoten, vollkommen identisch denen des Rindes, gleichzeitig waren aber die Lungen von zahlreichen Miliartuberkeln durchsetzt, so dass K. der Tuberkulose des Pferdes eine Mittelstellung zwischen der des Menschen und der des Rindes anweist. Einmal war eine verkäste Retroperitonealdrüse in die Vena cava sup. durchgebrochen und hatte so zu allgemeiner Miliartuberkulose geführt.

3) Die Tuberkulose des Schweines

scheint eine recht häufige zu sein, besonders die Verkäsung der Halslymphdrüsen, von denen 4 untersuchte Fälle viele Bacillen zeigten. 5 Fälle von hochgradiger käsiger Pneumonie enthielten gleichfalls viele Bacillen, theils frei in den infiltrirten Alveolen, theils in Riesenzellen. Die Untersuchung eines von zahlreichen theilweise verkalkten Knötchen durchsetzten Muskelstückes ergab ebenfalls Bacillen in Riesenzellen.

4) Tuberkulose der Ziege und des Schafes.

Von beiden wurde je ein Fall untersucht. In den Lungen, die bei der Ziege zwei große Kavernen enthielten, so wie in den verkästen Bronchialdrüsen fanden sich viele Bacillen.

5) Tuberkulose des Huhns.

Die beim Huhn gewöhnlich endemisch auftretende Tuberkulose bildet besonders in der Leber und am Darm erbsen- bis walnussgroße Tumoren, welche auf dem Durchschnitt weißlich und gelblich gefleckt erscheinen mit theilweise eingetretener Verkalkung der gelblichen Partien. Dieselben wurden viermal untersucht und er-

wiesen sich stets als außerordentlich reich an Tuberkelbacillen, besonders in der Nähe der Verkalkungen. In der Lunge fanden sich nur einmal vereinzelte kleine Knötchen. Da in den Darmknoten sich die Bacillen stets bis in die Darmzotten hinein verfolgen ließen, so schließt K., dass einerseits gewöhnlich die Infektion vom Darm aus erfolgt, andererseits die dem Darminhalt beigemengten Bacillen nach außen gelangen und so zur weiteren Infektion die Veranlassung geben.

6) Tuberkulose des Affen.

Die Tuberkulose des Affen zeigte sich in 8 Fällen von der des Menschen stets in so fern abweichend, als erstens eine frühzeitige weite Verbreitung eintrat, zweitens es nicht zur Miliartuberkulose, sondern zur Bildung zahlreicher verschieden großer tuberkulöser Herde gekommen war, welche dünnflüssigen Eiter enthielten. Daneben fanden sich aber auch typische Formen kleiner und großer grauer Tuberkel in der Lunge, auf der Pleura und im Netz. Der ursprüngliche Infektionsherd der stets spontan entstandenen Krankheit schien jedes Mal in der Lunge seinen Sitz zu haben. Die Tuberkelbacillen waren immer nur in geringer Menge nachweisbar.

7) Spontane Tuberkulose der Meerschweinchen und Kaninchen.

Dieselbe trat auf bei vorher vollkommen gesunden Thieren, nachdem sie 3—4 Monate denselben Raum mit tuberkulösen Thieren bewohnt hatten und unterscheidet sich sehr charakteristisch von der überimpften. Es fanden sich regelmäßig in den Lungen einzelne große verkäste Herde und zugleich vergrößerte und verkäste Bronchialdrüsen. Bei künstlich durch Inhalation inficirten Thieren dagegen waren die Lungen von sehr zahlreichen kleinen Tuberkeln durchsetzt. Wurde, wie es gewöhnlich geschah, in die Bauchwand Tuberkelvirus geimpft, so waren zunächst die Lymphdrüsen der Umgebung geschwollen und verkäst, ferner waren die Milz und die Leber hochgradig tuberkulös, während in den Lungen nur kleine Tuberkel saßen. 17 spontan erkrankte Meerschweinchen und 8 Kaninchen hatten stets in der Umgebung der verkästen und zuweilen in kleine Kavernen umgewandelten Lungenherde zahlreiche Bacillen. Milz und Leber der Meerschweinchen sind von sehr charakteristischer Beschaffenheit. Durch Zusammenfließen der Anfangs kleinen Tuberkel bilden sich große weißgraue Inseln, in welchen es aber nicht zur Verkäsung sondern nur zu ausgedehnter Koagulationsnekrose kommt, wodurch das Aussehen dieser auch stark vergrößerten Organe ein eigenthümlich marmorirtes wird. Der Bacillengehalt war niemals sehr groß. Die Nieren enthielten niemals mit bloßem Auge sichtbare Tuberkel. Beim Kaninchen sind Milz und Leber weit weniger vergrößert, auch bleiben die Tuberkel klein und isolirt, dagegen finden sich in den Nieren bis erbsengroße, bacillenreiche, weißliche Knoten.

8) Die künstlich erzeugte Tuberkulose bei Thieren

führte im Allgemeinen stets zu denselben Veränderungen wie die spontane, der Unterschied betrifft nur den Entwicklungsgang je nach der Impfstelle und nach der Menge der eingeimpften Bacillen. Im Ganzen wurden bei 273 Meerschweinchen, 105 Kaninchen, 3 Hunden, 13 Katzen, 2 Hamster, 10 Hühner, 12 Tauben, 28 weißen Mäusen, 44 Feldmäusen und 19 Ratten mit positivem Erfolg Tuberkulose erzeugt, bei der in jedem einzelnen Fall die Tuberkelbacillen sich vorfanden. K. fasst seine Resultate folgendermaßen zusammen: »Die Tuberkelbacillen kommen regelmäßig und ausschließlich bei der Tuberkulose vor; örtlich und zeitlich gehen sie allen der Tuberkulose eigenthümlichen Veränderungen voran; ihre Anzahl, ihr Erscheinen und ihr Verschwinden steht in direktem Verhältnis zum Verlauf der Tuberkulose.«

Es folgt der zweite Abschnitt: Über die Isolirung und Reinkultur der Tuberkelbacillen.

(Fortsetzung folgt.)

Schultze (Breslau).

---

4. **Martin.** Recherches ayant pour but de démontrer la fréquence de la tuberculose consécutive à l'inoculation du lait vendre à Paris, sous les portes cochères.

(Revue de méd. 1884. No. 2.)

Mit der Milch, die unter den Thorwegen in Paris in den Morgenstunden an die Bevölkerung von Paris verkauft wird, wurde eine Serie von Untersuchungen an Meerschweinchen angestellt, um die Frage nach deren Infektiosität in Bezug auf die Tuberkulose zu entscheiden. Diese Milch stammt zum größeren Theile aus Schweizereien, die mehr oder weniger weit von der Stadt entfernt auf dem Lande sich befinden. Die Impfung der Versuchsthiere geschah in die Bauchhöhle, und zwar wurde die Milch, um peritonitische Reizung und Entzündung möglichst zu verhindern, mit 1%iger Kochsalzlösung vermischt, die jedes Mal eingeführte Quantität einer solchen Mischung betrug 1—2 g. Die Resultate dieser Impfungen, zu denen die Milch von 13 verschiedenen Milchhandlungen genommen wurde, waren in 7 Fällen vollständig negativ, in 5 Fällen zweifelhaft und in einem Fall mit vollster Sicherheit positiv. Es starb das eine am 21. Juni geimpfte Thier am 23. August, das andere am 11. Oktober. Bei der Sektion fand sich beim ersten Thier das Peritoneum übersät mit Tuberkelknötchen, die Milz dessgleichen, die Mesenterialdrüsen geschwellt und speckig infiltrirt, die Bronchialdrüsen enorm vergrößert, die Lungen durchsetzt von miliaren Knötchen; beim zweiten Thiere waren die Veränderungen weniger hochgradig. Ein Stückchen der Bronchialdrüsen in die Bauchhöhle eines weiteren Thieres gebracht rief hier die gleichen Veränderungen hervor wie dort.

(Dieses eine Resultat fordert zu weiteren ähnlichen Untersuchungen auf und würde noch von höherem Werthe sein, wenn Impfmaterial und Impfthier auf Tuberkelbacillen untersucht worden wäre. Jedenfalls kann man mit dem Verf. übereinstimmen in der praktischen Verwerthung solcher Impfresultate, dass nämlich niemals eine Milch ungekocht genossen werden sollte. Ref.) **Seifert** (Würzburg).

---

5. **S. Steinthal.** Ein Beitrag zur Lehre von Recidiv des Typhus abdominalis mit Berücksichtigung seiner Pathogenese.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1883.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. p. 357.)

Verf. benutzte das Typhusmaterial des Leipziger Jakobshospitals zu einer theils statistischen, theils kritischen Bearbeitung der Frage über das Typhusrecidiv. Als Muster dienten ihm die neuerdings von v. **Ziemssen** gemachten Mittheilungen. In den Jahren 1877—1881 kamen 539 Typhusfälle zur Behandlung, von denen sich bei 45 (8,3%, im Original steht 7,5%) Recidiv ereignete. In den verschiedenen Jahren kamen Recidive in sehr ungleicher Zahl vor:

1877	unter 96	Fällen	5	Recidive	= 5,2 %
1878	» 71	»	4	»	= 5,6 »
1879	» 121	»	3	»	= 2,4 »
1880	» 123	»	14	»	= 11,3 »
1881	» 182	»	19	»	= 10,4 »

Am häufigsten traten Recidive binnen des 18. bis 29. Lebensjahres ein, 26 = 57,8 %, jenseits des 40. Lebensjahres wurden sie überhaupt nicht mehr beobachtet. Recidive kommen eben so oft nach mittelschweren, als nach leichten Primärerkrankungen vor, seltener (22,2 %) nach schweren Haupttyphen. Die Recidive waren

leicht	in 25 Fällen,
mittelschwer	» 13 »
schwer	» 7 »

und endete 4mal (8,8 %) tödlich. Die Dauer des Fiebers war 37mal kürzer als diejenige des Hauptfiebers, 32 Recidive (71 %) währten 2 bis 14 Tage. Meist stellte sich Recidiv binnen der ersten 14 Tage ein. Der Fieberanfang war staffelförmig, ziemlich oder ganz steil. Bei staffelförmigem Fieberbeginne ist mit Sicherheit Recidiv zu erwarten, wenn die Temperatur am dritten Tage 40° C. erreicht hat. Werthvolle Zeichen für die Diagnosis sind außerdem neue Roseolen, demnächst Milztumor, Darmerscheinungen, Dikrotie des Pulses und Bronchitis. Diätfehler und psychische Erregungen sind zwar auf Entstehung eines Recidivs nicht ohne Einfluss, Hauptsache aber bleibt die Natur der Krankheit. Verf. glaubt, dass es sich nicht um erneute Infektion handelt, sondern dass Typhusgift bei der ersten Aufnahme irgend wo deponirt und noch nicht zur Wirkung gelangt sei.

Eichhorst (Zürich).

---

6. **v. Ziemssen.** Über das Typhusrecidiv, nebst Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit des Herrn Dr. Steinthal.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. p. 375.)

Auf der Klinik des Verf. wurden 1878—1881 832 Typhuskranke behandelt, bei 108 entwickelten sich Recidive (13 %). Darunter befanden sich 36 Männer und 72 Frauen, doch sind hierbei Zufälligkeiten im Spiele und fand Steinthal die Häufigkeit der Erkrankung bei beiden Geschlechtern gleich. Am seltensten (ca. 1/4 der Fälle) traten Recidive nach schweren Haupttyphen ein. In 2,8 % der Fälle erfolgte der Tod. 27mal war das Fieber beim Recidiv geringer als beim Haupttyphus, 19mal höher und 10mal gleich. Die Dauer des Recidivs schwankte zwischen 4—35 Tagen. Meist stellte sich Recidiv binnen 14 Tagen ein. 6mal beobachtete man mehrfache Recidive. Die Milz schwillt wieder an, erreicht aber gewöhnlich nicht den Umfang wie beim Haupttyphus. Meist zeigt sich auch wieder Roseola. Behandlung wie beim Haupttyphus. Keine neue Infektion.

Eichhorst (Zürich).

---

7. J. **Schreiber.** Über Fischvergiftung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 11 u. 12.)

Eine Familie von 6 Personen erkrankte 20 Stunden nach dem Genuss verdorbener Fische. Sämmtliche Pat. klagten über absolute Trockenheit, Kratzen und Enge im Halse, über die Unmöglichkeit, in der Nähe deutlich zu sehen, über öfteres Erscheinen von Doppelbildern, pappigen Geschmack auf der Zunge, Schwere beim Schlucken und in den Gliedern, über »Angstdruck am Herzen«. Objektiv nachweisbar war bei Allen Parese des Gaumens, näselnde Sprache, Erweiterung der Pupille, Verlust der Accommodations- und Lichtreizreaktion derselben, Ptosis, Parese der Recti superiores, inferiores, interni und der Obliqui inferiores. Zwei der Kranken erlagen unter heftigen Dyspnoeanfällen mit vermehrter Pulsfrequenz und starker Cyanose, die Anderen genasen langsam.

Von dem gewöhnlichen Bilde der Fischvergiftung unterscheiden sich diese Fälle durch den protrahirten Verlauf, den späten Eintritt der Vergiftungserscheinungen (sonst 1—5 Stunden nach der Aufnahme), das Fehlen der Gastralgien, der Eingezogenheit des Abdomen, der Lähmung der willkürlichen Körpermuskeln; sie gleichen dagegen außerordentlich dem Symptomenkomplex der Wurstvergiftung; eine Erscheinung, die bei der inneren Verwandtschaft beider Erkrankungen (beides höchst wahrscheinlich Ptomainvergiftungen) durchaus nichts Auffallendes hat.

Therapeutisch empfiehlt Verf. die möglichst baldige Ausspülung des Magens und die frühzeitige Ernährung durch die Schlundsonde, um die Kranken während der Zeit der Aphagie bei Kräften zu erhalten.

Strassmann (Berlin).

8. E. **Mendel.** Über Hysterie beim männlichen Geschlecht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 16.)

Verf. definirt die Hysterie als eine »funktionelle Erkrankung des Nervensystems«, deren Lokalisation in der grauen Hirnrinde (Liebermeister) er nicht anzuerkennen vermag. Seitdem, Dank einer Anzahl objektiver gynäkologischer Beobachter, die Ansicht von der Basirung eines jeden hysterischen Leidens in den weiblichen Sexualorganen ins Wanken gebracht worden, sind auch zahlreiche Fälle analoger Hysteriezustände beim männlichen Geschlecht, besonders seitens französischer Autoren, publicirt worden. Die Hysterie findet sich beim Manne in ihren mildesten Formen bis zu den schwersten Attacken der sog. Hystero-Epilepsie.

Von den beiden mitgetheilten Fällen betrifft der eine einen 10jährigen Knaben, der hereditär belastet, leicht fiebernd, im Anschluss an einen heftigen Darmkatarrh mit einer im Gebiete des Trigeminus auftretenden und sich über verschiedene Körperpartien verbreitenden Neurose erkrankte; zugleich bestand allgemeine Unruhe, Zuckungen in den oberen Extremitäten und am Tage, niemals Nachts, unwillkürliche Urinentleerung. Nach 6 Wochen Heilung. 1³/₄ Jahre später: Kopfschmerzen, Erbrechen, Amblyopie rechts und Flimmern bei Fixirung

eines Gegenstandes. Allmählich schwanden alle Erscheinungen, bis mehrere Monate darauf ein eigenthümlicher Krampfanfall auftrat. Diese Anfälle wiederholten sich fast täglich Abends 7 Uhr. Das Sensorium während dieser Anfälle war frei; durch Reiben zwischen Warze und Achsel wurden die Erscheinungen gemildert, selbst unterdrückt. Der Charakter der Anfälle änderte sich dann: das Bewusstsein war zum Theil (doppeltes Bewusstsein), später völlig aufgehoben. Eine Reihe bunter Krankheitserscheinungen traten hinzu. (Der Fall gleicht sehr dem von Riegel jüngst beschriebenen. Ref.)

In diesem Zustande, bei täglichen Anfällen (gegen welche der faradische Pinsel bei stärksten Strömen im Gesicht, Dusche, Kompression der Hoden erfolglos war) wurde Pat. in eine Anstalt gebracht; hier kehrte nach 3 Tagen noch ein leichter Anfall wieder, dann trat bald völlige Heilung ein; nur leichte Erregbarkeit ist zurückgeblieben.

Der zweite mitgetheilte Fall, ein Mann von 33 Jahren, zeigt das klassische Bild der Hysterie ohne Anfälle. Pat., der vor ca. 8 Jahren eine Lähmung sämmtlicher Extremitäten gehabt, zeigt im August 1882 die typischen Erscheinungen der spastischen Spinalparalyse. Unter Behandlung mit dem konstanten Strom gingen die Erscheinungen rasch zurück und im November war weder von den spastischen Erscheinungen, noch von der Steigerung der Reflexe etwas nachzuweisen. Da trat plötzlich ein überaus heftiger Schmerz im linken Fußgelenk ein, der erst nach $^3/_4$ Jahren völlig schwand. Gleich darauf begann ein fast unaufhörlicher, bellender Husten, ohne objektiv nachweisbare Veränderung in den Luftwegen. Auch dieser ist geschwunden und es sind nur Schmerzen im Rücken, auf Druck in der Regio iliaca, besonders rechts, in der Regio epigastrica, neben der Sutura sagitalis am Schädel und zeitweises Gefühl von Zusammengeschnürtsein im Halse nebst wechselnder, weinerlicher Stimmung geblieben.

Im Anschluss hieran erörtert M. die einzelnen Symptome der Hysterie vergleichsweise bei den Geschlechtern; aus der reichen Fülle dieser Bemerkungen sei nur hervorgehoben, dass der Schmerz in der Regio iliaca (Ovarie) sich in den meisten Fällen von Hysterie bei Männern findet; derselbe ist anscheinend myalgischer Natur vom M. obliquus abdominis herrührend.

Ätiologisch ist Heredität von Wichtigkeit, sodann spielt nach M.'s Ansicht die direkte Nachahmung eine wesentliche Rolle. Auch geistige Überanstrengung und psychische Eindrücke können als hervorrufende Momente gelten.

Von diagnostischem Werthe sind: 1) die Anamnese, 2) der Nachweis jener schmerzhaften Punkte und der Globus, 3) der bunte Wechsel der Erscheinungen während der Beobachtung.

So wechselvoll, wie das Bild der Krankheitserscheinungen, so verschieden sind die Erfolge der Therapie. Das Wichtigste bei der Behandlung wird ganz besonders bei jugendlichen Individuen immer die Entfernung aus dem Hause, Versetzung in eine entsprechende, gut geleitete Anstalt sein. **M. Cohn** (Hamburg).

---

9. **Dieulafoy.** Sur la transfusion du sang dans le mal de Bright.

(Progr. méd. 1884. No. 3.)

Mit Hilfe eines eigenen, ungleich leichter als die früheren zu handhabenden Apparates (s. das nächste Referat) transfundirte Verf. einem Urämiker 125 g Menschenblut, worauf Rückgang der Anfälle

und der Albuminurie (von 3,5 auf 0,18 %) erfolgte. Nach einigen Wochen kehrte der Kranke mit einer Albuminurie von über 1 % wieder und erlitt einen neuen urämischen Anfall (Erbrechen und Koma). Eine wiederholte Transfusion von 110 g Blut sistirt das Erbrechen, und der Kranke vermochte wieder Milch zu nehmen; seine Harnmenge hatte sich am nächsten Tage gleich der Harnstoffausfuhr verdoppelt. Später ging er an doppelseitiger Pleuritis zu Grunde; bei der Sektion fand sich neben der letzteren ein enorm vergrößertes Herz (480,0), Atherom der Aortaklappen und granulirte Schrumpfnieren (90,0).

Die zweifellose günstige Beeinflussung der Urämie und Albuminurie durch die Transfusion bei solch hochgradiger Organveränderung weist darauf hin, dass neben der letzteren die Dyskrasie jedenfalls eine viel bedeutendere Rolle spielt, als man bisher zugelassen.

In einem zweiten Falle wurde die Transfusion in extremis ohne Effekt angewandt, in einem dritten bewirkte sie eine rapide Besserung; vielleicht führt sie, rechtzeitig angewandt, Heilung des Nierenleidens herbei. Jedenfalls sind die Beobachtungen gegenüber der u. A. von Dujardin-Beaumetz aufgestellten Kontraindikation der Transfusion bei anatomischen Organläsionen sehr beachtenswerth.

Fürbringer (Jena).

---

10. **Dieulafoy.** Transfuseur et transfusion.

(Progr. méd. 1884. No. 5.)

Verf. hat durch Collin einen eben so sicher, wie leicht zu handhabenden Transfusionsapparat konstruiren lassen, mittels welchem das Blut aus der Vene zunächst in einen Recipienten gepumpt wird; erst wenn dieser vollständig gefüllt ist, gelangt es in den zur Vene des Kranken führenden Gummischlauch, bei jedem Stempelstoß 10 g, und zwar aus dem unteren Theil des Recipienten, so dass die Gefahr des Eintritts von Luftblasen vollständig vermieden ist. Der Blutspendende und Kranke strecken die Arme gegen einander aus, so dass die Gegend der Medianvene neben einander zu liegen kommt. Die Blutgefäße werden nicht freigelegt, sondern je ein Trokar nach Anlegung einer Ligatur um den Oberarm, direkt in die Vene eingestoßen, bei dem Kranken in der Richtung des Blutstroms, bei dem Gesunden in entgegengesetzter. Auf diese Weise kann in kürzester Frist die Operation vorbereitet und ausgeführt werden. Die kleinen Stichöffnungen werden nach Entfernung der Kanülen mit Karbolschwämmen einige Minuten komprimirt und heilen ohne allen Verband.

Der Apparat arbeitet vermöge Kautschuk-Kugelventilen (seine genaue Konstruktion ist in den dem Original beigegebenen Abbildungen einzusehen) und kann auf das bequemste aus einander genommen und gereinigt werden.

Fürbringer (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

11. Dérignac. Endocardite blennorrhagique.

(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 7.)

Ein Tripperkranker, früher gesunder und aus ganz gesunder Familie stammender 25jähriger Maurer wird in der 4. Woche seiner Krankheit ohne sonstige ersichtliche Ursache von einer höchst schmerzhaften Arthritis der linken Schulter befallen. Salicylsäure wirkungslos. Etwa drei Wochen später bricht plötzlich unter heftigem Fieber eine schwere Endokarditis aus, welche Verf., ohne sich über die Rolle, welche hierbei die Gonokokken spielen könnten, zu äußern, gleich der Monarthritis als eine Lokalisation des allgemein gewordenen Tripperprocesses deutet. **Fürbringer** (Jena).

12. M. Bruch (Helsingfors). Zur Diagnose des Scheintodes.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1884. No. 4.)

B. empfiehlt zur sicheren Diagnose des Scheintodes die Kombination der von Rosenthal zu diesem Zwecke angegebenen Muskelfaradisation mit lokaler Temperaturmessung. Die Rosenthal'sche Probe sei nur bei negativem Erfolge, für den Tod, entscheidend; bei positivem Erfolge brauche nicht nothwendig Leben zu bestehen, da die Kontraktionsfähigkeit der Muskeln erst längere Zeit nach dem Tode erlischt. Beweisend für Vorhandensein von Leben sei aber bei positivem Ausfalle der Rosenthal'schen Probe, wenn ein gleichzeitig die Temperatur der Haut über dem sich kontrahirenden Muskel messendes Thermometer eine Steigerung derselben während der Kontraktion anzeige; bei wirklichem Tode erfolge, entsprechend der allmählichen Abkühlung der Leiche, trotz der Muskelkontraktion langsames Sinken der Hauttemperatur. **Freudenberg** (Berlin).

13. A. Selenkow. Ein Fall von Leberechinococcus, komplicirt mit käsiger Pneumonie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. p. 353.)

Weniger die Komplikation an sich, als vielmehr die Art der Echinococcus-Affektion in diesem Falle ist bemerkenswerth. Der Sack saß im rechten Leberlappen nahe der konvexen Oberfläche und hatte durch Druckatrophie einen vollständigen Schwund der Muskulatur der rechten Zwerchfellhälfte herbeigeführt. In Folge Perforation des Sackes in den rechten Thoraxraum entstand eine eitrige Pleuritis, welche die Empyemoperation (mit Rippenresektion) nothwendig machte, wobei massenhaft Echinococcusblasen entleert wurden. Bald darauf Tod. Bei der Sektion war die Höhle in der Leber bereits bis zu Haselnussgröße geschrumpft. **A. Hiller** (Breslau).

14. M. Schmidt. Rapide Aufsaugung eines bedeutenden pleuritischen Exsudats unter dem Einflusse eines Erysipels der betreffenden Thoraxseite.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. p. 347.)

54jähriger Mann. Exsudat (seröses?) in der linken Brusthälfte bis nahe zur Lungenspitze seit über 4 Wochen, mit abendlichem Fieber. Von Vesikatorwunden ausgehend ein Erysipel, welches sich über den ganzen Rücken, Kopf und Gesicht hinzog und längere Zeit bestand. Bereits am 5. Tage des Erysipels war das Exsudat bis auf eine handbreite Dämpfung links unten geschwunden. **A. Hiller** (Breslau).

15. Tom Robinson. Rapid absorption of an pleuritic effusion by treatment with common salt and cutting of liquids.

(Brit. med. journ. 1883. II. p. 1234.)

Verf. erlaubt sich einen durch Darreichung von Salz und Entziehung der Flüssigkeit in der Nahrung behandelten Fall von Pleuritis mitzutheilen, bei dem

die Krankheit nicht einmal durch die physikalische Untersuchung festgestellt wurde! Edinger (Frankfurt a/M.).

16. **Hayem et Gilbert.** Cancer primitif enkysté du foie, Cancer secondaire des lymphatiques, des ganglions du hile et de la veine-porte.

(Rev. de méd. 1883. No. 11. p. 952—959.)

Diese dreifache pathologische Rarität beobachteten Verff. an einem 64jährigen Ciseleur, der einige Wochen lang Dyspepsie, Ikterus, Lebergeschwulst, Ascites, Fußödeme und schließlich Dyspnoe und extreme Schwäche dargeboten hatte. Dem Lymphgefäßkrebs wird von H. und G. eine das Pfortadercarcinom vermittelnde Rolle zuertheilt. **Fürbringer** (Jena).

17. **G. Bruhns.** Laparotomie bei einem Falle von Darmverschlingung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1883. p. 321.)

Der Ileus war im vorliegenden Falle dadurch bedingt, dass mehrere Dünndarmschlingen in Folge abnormer Länge und Beweglichkeit des Mesenteriums, welches überdies für den Dünndarm, das Coecum und Colon ascendens ein gemeinsames war, sich knäuelförmig aufgewickelt hatten, so dass eine Umdrehung des Konvoluts von links nach rechts um 360° nothwendig war, um die Verschlingung zu lösen. Der jugendliche, 24 Jahre alte Pat. hatte in Folge dieser Anomalie bereits 3mal vorher vorübergehende Symptome von Ileus (mit Kotherbrechen) gehabt. Die Laparotomie — Bauchschnitt in der Linea alba vom Nabel bis zwei Finger breit über der Symphyse, nachher 3 cm lange Incision in den unteren Theil des Ileum behufs Entleerung der (paretischen) Schlingen, Verschluss durch Lembert'sche Nähte mit Katgut bezw. Metallfäden — wurde erst am 11. Tage (!) der Erkrankung ausgeführt, also zu einer Zeit, wo der Pat. bereits äußerst erschöpft war und die Darmwand, wie sich bei der Operation zeigte, sich in einem Zustande vollkommener Parese und theilweise sogar drohender Gangränescenz befand. Der Tod erfolgte $^3/_4$ Stunde nach der Operation.

»Entweder früh — oder gar nicht!« lautet das Urtheil des Verf.s bezüglich der Indikation zur Laparotomie beim Ileus. **A. Hiller** (Breslau).

18. **J. Vincent Bell.** Occlusion of both ureters. Death by syncope.

(Lancet 1883. II. p. 1040.)

Pat., der schon früher an Harnsteinen gelitten hatte, fühlte selbst, wie sich ein Stein in den rechten und am nächsten Tage einer in den linken Ureter klemmte. Es trat sofort Harnverhaltung auf und einige Tage später zeigten sich leichte urämische Symptome. Nach 6tägiger Harnverhaltung starb Pat. ganz plötzlich »durch Collaps«. Die Autopsie ergab doppelseitige hochgradige Hydronephrose durch Verschluss der Ureteren erzeugt. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

19. **Edward Orr Macniven.** Ein Fall von Vergiftung mit Kali bichromicum.

(Lancet 1883. II. p. 496.)

Ein kräftiger Arbeiter in einer Chromfabrik schluckte einen »Klumpen gereinigtes Chromsalz«. 15 Minuten später traten abnorme Sensationen im Kopfe, dann Brennen im Magen und kalter Schweiß ein. Dann kam heftiges Erbrechen, wobei große Mengen des Salzes entleert wurden, starker Schmerz im Epigastrium, Schwindel, Flimmern, Kraftverlust in den Beinen. So wurde er zwei Stunden nach der Vergiftung ziemlich kollabirt in das Hospital gebracht. Die Sensibilität schien intakt. Die Behandlung bestand in Auswaschen des Magens mit lauem Wasser bis die Flüssigkeit farblos zurückkam. Vorher hatte man noch eine große Dose Zincum sulf. gereicht. Außerdem wurde der Collaps in üblicher Weise bekämpft. Am nächsten Tage waren alle Symptome verschwunden.

Edinger (Frankfurt a/M.).

20. D. W. Finlay. A rapidly fatal case of arsenical poisoning.

(Lancet 1883. II. p. 943.)

Aus Versehen wurden 1,3 g arsenige Säure geschluckt. Der Tod erfolgte auffallend rasch, binnen einer Stunde. Pat. bekam das Gift in den leeren Magen. Die Autopsie zeigte die bei frischer Vergiftung gewöhnlichen Veränderungen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

21. M. Defize. Un cas de syphilis guérie par une fièvre typhoide intercurrente.

(Arch. méd. belges 1884. Jan.)

D. sah bei einem Kranken, der sekundäre Symptome von Syphilis: Lymphadenitis, papulöses Syphilid, Defluvium capillorum darbot, im Verlauf eines Typhus, den Pat. durchmachte, anscheinend völlige Genesung von der Lues eintreten. Während des seitdem verflossenen Jahres kein Recidiv.

Freudenberg (Berlin).

22. Seymour J. Sharkey. The treatment of morphia habitue's by suddenly discontinuing the drug.

(Lancet 1883. II. p. 1120.)

Krankengeschichte eines »Morphinisten«, der bis zu 1,6 g Morphium aceticum pro die subkutan verbrauchte. Die plötzliche Entziehung war von den bekannten Erscheinungen begleitet, so dass man am 2. Tage doch Suppositorien aus Belladonna und Hyoscyamus reichen musste. Binnen 8 Tagen waren aber alle pathologischen Erscheinungen vorbei. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

23. Régis. Un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale.

(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 11.)

Verf. beobachtete in einem Falle von Paralyse bei einer syphilitischen Frau die Ernährungsstörung und das spontane Abfallen der Nägel an den Zehen, wie sie von anderen Autoren bei Tabes bereits beschrieben ist. Eine Angabe über das Verhalten des Kniephänomens fehlt in der Mittheilung. **Thomsen** (Berlin).

24. Charpentier. Variole simple. Injection souscutanée d'éther. Paralysie consécutive du membre inférieur droit.

(Union méd. 1884. No. 32.)

Ein 40jähriger Mann, der während einer Variola mit subkutanen Ätherinjektionen behandelt worden war, empfand unmittelbar nach der Applikation einer solchen in die hintere Fläche des rechten Oberschenkels einen heftigen Schmerz im Bein bis in den Fuß hinein, der mehrere Tage andauerte. Bei der Untersuchung (5 Monate später) zeigte sich das ganze rechte Bein violett gefärbt, die Muskeln atrophisch, die Haut kalt anzufühlen, fast total anästhetisch mit Ausnahme zweier Partien an der inneren Fläche — nur die faradokutane Sensibilität war erhalten; dabei besteht Gefühl von Kribbeln und Eingeschlafensein. Die Muskeln vollständig gelähmt, die Sehnenreflexe erloschen. Die elektrische Erregbarkeit des Ischiadicus für den faradischen und galvanischen Strom, der gelähmten Muskeln für den faradischen Strom erloschen, für den galvanischen gleichfalls theilweise ganz erloschen; bei einem anderen Theil besteht Entartungsreaktion.

Es handelte sich also augenscheinlich um eine Neuritis des Ischiadicus, bewirkt durch eine Verletzung desselben bei der subkutanen Ätherinjektion.

Strassmann (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 22. **Sonnabend, den 31. Mai.** **1884.**

1. **Ph. Stöhr.** Über Tonsillen bei Pyopneumothorax.

(Sitzungsbericht der phys.-med. Gesellschaft in Würzburg 1884.)

Verf. hatte bereits früher gefunden, dass aus Mandeln, Zungenbalgdrüsen so wie den ähnlich gebauten Organen des Darmes zahlreiche Leukocyten auswandern und durch das Epithel in die Mund- resp. Darmhöhle gelangen, wo sie die bekannten Speichel- und Schleimkörperchen darstellen. Verf. hat nun bei hungernden, verdauenden, stillenden und trächtigen Thieren diese Verhältnisse von Neuem untersucht, ausgehend von der Ansicht, dass unter gewissen Umständen eine Vermehrung oder Verminderung oder gar Sistirung der Durchwanderung stattfinde. Das Resultat war aber stets negativ. In letzter Zeit hatte Verf. Gelegenheit zwei Fälle von Pyopneumothorax, mit langdauernder hochgradiger Eiterung, auf diese Verhältnisse zu untersuchen. Namentlich in dem einen Falle war eine vollständige Sistirung der Durchwanderung eingetreten, verbunden mit einer beträchtlichen Atrophie des adenoiden Gewebes. Im zweiten Falle waren die Verhältnisse nicht so deutlich ausgesprochen.

Verf. bringt diese Veränderungen an den Tonsillen und den an-

deren genannten Drüsen in Verbindung mit der hochgradigen und langdauernden Eiterung. Er fand zwar auch bei anderen mit Abmagerung einhergehenden Krankheitsprocessen ähnliche Zustände an den Tonsillen, doch waren dieselben nicht so hochgradig wie in dem einen Falle von Pyopneumothorax. Verf. empfiehlt diesen Gegenstand pathologischen Anatomen zur weiteren Untersuchung und glaubt, dass der Zusammenhang zwischen starken Eiterungen und der Sistirung der Durchwanderung der Leukocyten an den genannten Stellen in der Weise aufzufassen ist, dass durch die massenhafte Auswanderung von Leukocyten am Orte der Eiterung eine so große Menge von Leukocyten verbraucht werde, dass für die Durchwanderung durch die Tonsillen und die anderen Drüsen kein hinreichendes Material mehr vorhanden sei. Dabei geht er, gegen Brücke, von der Anschauung aus, dass im Innern der Follikel keine jüngeren Zellen gebildet werden, die hier vorhandenen Leukocyten glaubt er vielmehr als aus den Blutgefäßen abstammend ansehen zu können.

Löwit (Prag).

---

2. Ch. Debierre. Note sur l'éthèrisation et la chloroformisation par la voie rectale.

(Séance de la soc. de biol. de Paris 1884. April 19.)

D. plaidirt für die Möglichkeit einer Narkose per rectum und Experimente am Kaninchen und am Hunde haben ihm ermuthigende Resultate gegeben. Bekanntlich hat aber ein dänischer Arzt Axel Yversen und Mollière in Lyon diese Methode bereits mit Erfolg am Menschen angewandt. D. behauptet, gestützt auf seine Versuche an Thieren, dass einer solchen (Chloroform- oder Äther-) Narkose per rectum keine Excitationsperiode vorausgeht und empfiehlt sie besonders für Operationen des Gesichtes. Der Apparat, den D. für diese Narkose empfiehlt, besteht einfach in einer Wulf'schen Flasche, die einerseits mit einem Kautschukrohr verbunden ist, das zum Rectum führt und andererseits mit einem Manometer, das den Druck des evaporiblen Äthergases kontrollirt. Die Flasche wird in einen Bassin heißen Wassers (40—45°) gestellt, welches die Verflüchtigung des Äthers veranlasst.

Marcus (Paris).

---

3. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt. Zweiter Band. Koch, Die Ätiologie der Tuberkulose.

(Fortsetzung.)

Die Reinkulturen der Tuberkelbacillen gelingen nach K. am besten auf erstarrtem Blutserum, dessen Darstellungsmethode aus den früheren Angaben des Verf. von uns als bekannt vorausgesetzt wird. Die Aussaat der Tuberkelbacillen geschieht nun unter zahlreichen Vorsichtsmaßregeln. Die Thiere oder möglichst frischen Leichentheile müssen erst gereinigt werden mit Sublimatlösung von 1‰. Mit

ausgeglühten und noch heißen Instrumenten werden die obersten Schichten entfernt und mit neuen ebenfalls ausgeglühten aber abgekühlten Instrumenten wird aus der Tiefe der tuberkulösen Organe ein bacillenhaltiges Stück entnommen und möglichst schnell auf dem Serum ausgebreitet. Die d'Arsonval'schen Thermostaten sind die zu Reinkulturen am meisten zu empfehlenden Apparate, da sie das Verdunsten der Flüssigkeit aus den Kulturgefäßen am wenigsten zulassen bei wochenlang konstanter Temperatur von 37° C. Ist die Kultur gelungen, so sieht man nach 10—15 Tagen mit bloßem Auge einzelne mattweiße Pünktchen und Flecke auf der Oberfläche des Serum, die sich je nach dem Bacillengehalt des Materials schneller oder langsamer vergrößern, bis sie schließlich zusammenfließen und einen dünnen, grauweißen, glanzlosen Überzug auf dem Serum bilden. Enthielten die zur Kultur benutzten Substanzen nur vereinzelte Bacillen, so dass es nicht möglich war, dieselben auf der Oberfläche auszubreiten, so entwickeln sich in den Substanztheilen selbst nach einigen Wochen einzelne mattgraue Pünktchen, die nun zu weiterer Züchtung auf neuem Serum ausgebreitet werden müssen. Die heranwachsenden Bacillen haben die Tendenz, sich in der Fläche auszubreiten, indem sie die schon fertige Membran über die Oberfläche des Serum wegschieben, endlich sogar über die Flüssigkeit am Boden des Reagensglases. In das Serum selbst dringen die Bacillen nie ein, auch trüben sie niemals weder das Serum noch die Flüssigkeit. Vom festen Serum lässt sich die Membran leicht abspülen, während beim Abspülen vom gallertartigen Serum stets Theile des Serum mit losgerissen werden. Solche mit abgetragene Serumtheile scheint Klebs für beigemengte Mikrokokken gehalten zu haben. Werden nun die Kolonien mit etwa 80facher Vergrößerung angesehen, so erkennt man, dass sie zusammengesetzt sind aus schlangenartig gekrümmten Figuren, deren Spitzen scharf zulaufen und deren mittlere Theile spindelförmig angeschwollen sind. Schon nach 5—6 Tagen kann man die ersten dieser sehr zarten meist s-förmigen Figuren erkennen. Drückt man gegen eine solche Kolonie ein Deckgläschen und hebt es vorsichtig wieder ab, so bleiben an demselben einige der Figuren kleben, die nun gefärbt und mit starken Vergrößerungen betrachtet ein sehr charakteristisches Bild zeigen. Sie bestehen aus lauter Tuberkelbacillen, die mit ihrer Längsachse mehr oder weniger parallel zur Längsachse der Kolonie stehen; sie sind durch ganz geringe Zwischenräume von einander getrennt, aber niemals vollkommen isolirt, was nach K. für das Vorhandensein einer Kittsubstanz spricht. K. zählt 43 selbst angelegte Kulturen auf, die theils indirekt nach vorheriger Impfung auf Meerschweinchen, theils direkt aus den verschiedensten Arten der Tuberkulose erzielt wurden, nämlich vom Menschen Lungenphthise, käsige Pneumonie, Miliartuberkulose, Uterustuberkulose, Darmtuberkulose, Hodentuberkulose, Skrofulose, fungöse Gelenke, Lupus; ferner Perlsucht vom Rind, käsige Pneumonie vom Schwein, spontane Tuberkulose vom Meerschweinchen und Affen.

Alle diese Kulturen zeigten während einer Beobachtungszeit von 16 bis 22 Monaten durchaus keine Unterschiede. In Bezug auf den Nährboden ist noch bemerkenswerth, dass K. auch in flüssigem, sterilisirten Blutserum und in neutralisirter Fleischbrühe Reinkulturen züchten konnte, dass diese aber ein sehr viel langsameres Wachsthum zeigten, die Flüssigkeit auch stets klar blieb. Das Blutserum, sowohl erstarrtes wie flüssiges vom Hammel, Rind und Kalb gab die besten Resultate, jedoch auch auf solchen vom Pferd, Schwein und Hund gediehen die Kulturen gut. Auf gekochten Kartoffeln gelangen die Kulturen nie. In Bezug auf die Temperatur stellte sich heraus, dass eine Grenze von 41° C. nach oben und 29° C. nach unten nicht überschritten werden darf. Die beste Temperatur ist 37—38° C. Aus alledem geht nach K. hervor, dass die Tuberkelbacillen eine vom thierischen Körper unabhängige Existenz nicht führen können, sie sind also echte Parasiten.

Den wichtigsten Theil des Beweises, dass die Tuberkulose eine durch die Tuberkelbacillen bedingte Infektionskrankheit ist, bildet der dritte Abschnitt, in welchem die Infektionsversuche geschildert werden. Zunächst bespricht K., wie er bestrebt war, die drei möglichen Fehlerquellen zu umgehen. Um erstens eine Verwechslung der spontanen mit der künstlich erzeugten Tuberkulose zu vermeiden, wurden jedes Mal die geimpften Thiere von den übrigen Thieren abgetrennt und ihre Käfige oft gelüftet, gereinigt und desinficirt, ferner wurde der Effekt der Impfung so frühzeitig konstatirt, dass ein Verwechseln mit der übrigens stets erst viel später auftretenden spontanen Tuberkulose nicht vorkommen konnte. Zweitens wurde eine Verwechslung von nicht tuberkulösen Knötchen mit echten Tuberkeln dadurch umgangen, dass in jedem Fall der infektiöse Charakter der Knötchen konstatirt wurde, es wurde also jedes Mal der Tuberkelbacillengehalt und eine weitverbreitete Infektion des ganzen Körpers, wie sie bei Einverleibung sonstiger Fremdkörper in die Lungen und ins Peritoneum niemals vorgekommen ist, nachgewiesen. Drittens wurde eine unbeabsichtigte Infektion mit Tuberkelvirus durch bereits inficirte Instrumente, Impfmaterial etc. durch die peinlichste Beobachtung aller antiseptischen Maßregeln vermieden, es wurden also vor Allem sämmtliche Instrumente, besonders auch eigens dazu konstruirte Spritzen, kurz vor dem Gebrauch ausgeglüht.

In der ersten Gruppe von Infektionsversuchen fand die Impfung mit tuberkelbacillenhaltigen Gewebstheilen statt. Bezüglich des Resultates derselben verweisen wir auf das Original.

Von allergrößter Wichtigkeit und Beweiskraft sind die Infektionsversuche mit Reinkulturen der Tuberkelbacillen.

In 11 Versuchsreihen wurden zunächst subkutan die vollkommen rein isolirten Bacillen geimpft. Die Wirkung war im Allgemeinen dieselbe wie bei subkutaner Impfung von frischen tuberkulösen Gewebstheilen, nur war der Verlauf der Tuberkulose stets ein schnellerer, was K. sich dadurch erklärt, dass bei der Impfung von Gewebsstückchen diese zuerst resorbirt werden mussten. Die schnell fast alle Organe befallenden Tuberkel bestanden stets aus epitheloiden und Riesenzellen und

enthielten Bacillen, auch wurden mehrfach Weiterimpfungen derselben auf andere Thiere mit positivem Erfolg ausgeführt, zahlreiche Kontrollthiere blieben stets gesund. In 5 Versuchsreihen wurden einer Anzahl Kaninchen Reinkulturen von Tuberkelbacillen, vermischt mit destillirtem Wasser, in die vordere Augenkammer gespritzt. Wurde nur wenig von dieser Flüssigkeit eingespritzt, so entstanden alsbald Tuberkel auf der Iris, sodann Verkäsung der Lymphdrüsen und schließlich Tuberkulose der übrigen Organe des Körpers; der Process verlief aber stets in weit kürzerer Zeit als nach Verimpfung von tuberkulösem Gewebe. Wurde aber eine große Menge von Bacillen eingespritzt, so entstanden in kürzester Zeit massenhafte Tuberkel in Lungen, Milz etc. ohne vorhergehende Verkäsung der Lymphdrüsen. Analoge Resultate wurden bei Injektion von Reinkulturen in die Bauchhöhle erhalten. Bei Injektion in die Vena jugularis oder in eine bloßgelegte Ohrvene trat in der allerkürzesten Zeit eine in allen Organen gleichmäßig vertheilte massenhafte Eruption von Tuberkeln auf, die mit der Miliartuberkulose des Menschen die allergrößte Ähnlichkeit zeigte. Schließlich wurden noch 8 Kaninchen, 10 Meerschweinchen, 4 Ratten und 4 Mäuse an 3 auf einander folgenden Tagen je $^1/_2$ Stunde lang zur Inhalation von zerstäubtem tuberkelbacillenhaltigem destillirtem Wasser gezwungen. Nach 10—25 Tagen wurden sämmtliche Thiere mehr oder weniger hochgradig tuberkulös gefunden.

Im Ganzen konnte also K. durch die beschriebenen, mit der größten Exaktheit und bewunderungswürdigem Fleiße ausgeführten Experimente konstatiren, dass bei den für Tuberkulose leicht empfänglichen Thieren, Meerschweinchen (94), Kaninchen (70), Katzen (9), Feldmäusen (44), die Infektionen stets gelangen, aber auch weniger leicht empfängliche Thierspecies (Hühner, Hunde, Ratten, weiße Mäuse) hatten der Infektion mit großen Mengen von reinkultivirten Tuberkelbacillen nicht widerstehen können. K. zieht daher nunmehr den gewiss berechtigten Schluss, dass die Tuberkelbacillen zur Tuberkulose in demselben Verhältnis stehen, wie die Milzbrandbacillen zum Milzbrand.

Es folgt noch ein Abschnitt über die Beziehungen der Tuberkelbacillen zur Ätiologie der Tuberkulose.

Da die Tuberkelbacillen zu ihrer Entwicklung eine wochenlang konstante Temperatur von über 30° C. bedürfen, so folgt daraus, dass sie in ihrer Existenz nur auf den thierischen und menschlichen Organismus angewiesen sind. Zur weiteren Verbreitung der Bacillen sind aber die Phthise und die Tuberkulose der Hausthiere besonders gut geeignet. Der Phthisiker fördert konstant eine Unmasse sporenhaltiger Tuberkelbacillen zu Tage in seinem Sputum. Untersuchungen haben nun ergeben, dass dieselben in faulendem und in lufttrockenem Sputum monatelang ihre Virulenz beibehalten, und dass sie eben so wie alle anderen Bakterien mit den Flüssigkeiten, in denen sie gewachsen sind, an der Oberfläche von Gegenständen eintrocknen und in die Luft gelangen, wenn diese eingetrocknete Masse in kleinen Splittern abspringt, oder wenn sich kleine Theilchen der Träger selbst mit ihrer verderblichen Last beschwert der Luft beimischen, wie dies so leicht und oft geschieht mit kleinen Partikeln von Bettwäsche, Kleidern, Taschentüchern etc. Diese sind desshalb als Hauptverbreiter der Bacillen anzusprechen, sie gelangen durch die Athmung in die Lungen und kommen daselbst zur Entwicklung, wenn das schützende

Epithel der Respirationsschleimhaut an der betreffenden Stelle fehlt; für gewöhnlich werden die Bacillen durch die Flimmerbewegung der Epithelien entfernt, ehe sie sich entwickeln konnten. Wenn sich das Bronchialsekret irgend wo aus irgend welchem Grunde tagelang ansammeln kann, so wird dadurch auch ein günstiges Moment für die Weiterentwicklung der Bacillen geschaffen sein können. Äußerliche Hautabschürfungen oder Ausschläge können wohl auch zuweilen Infektionsstellen abgeben. Außer dem Sputum sind vielleicht manchmal auch die Darmausleerungen zur Weiterverbreitung der Bacillen geeignet.

Die Tuberkulose der Hausthiere kann entweder durch den Genuss von Milch perlsüchtiger Kühe oder durch den Genuss roher tuberkulöser Fleischtheile auf den Menschen übergehen. Da jedoch nur die Milch von solchen perlsüchtigen Kühen infektiös ist, deren Milchdrüsen auch tuberkulös erkrankt sind, ferner der Genuss tuberkulösen rohen Fleisches wohl nur sehr selten vorkommt und schließlich die primäre Infektion vom Darm aus nur sehr selten zu Stande kommt, so ist die Infektion von dieser Seite gewiss wenig zu fürchten und leicht zu vermeiden.

Zum Schluss bespricht K. die Art und Weise, wie sich die Tuberkulose im Körper verbreitet. In den meisten Fällen sind es die Wanderzellen, die mit Bacillen belastet, so weit gelangen, bis sie ihr Vermögen sich fortzubewegen verlieren; um sie herum entsteht dann der Tuberkel. Kommt der Lymphstrom der Bewegung der mit einem oder mehreren Bacillen beschwerten Wanderzellen zu Hilfe, so werden sie weiter fortgeschwemmt und veranlassen alsbald eine Lymphdrüsentuberkulose. Greift die Tuberkulose auf den Ductus thoracicus über, so gelangen die Bacillen in den Blutstrom; am häufigsten geschieht dies aber wohl bei dem von Weigert entdeckten Durchbruch tuberkulöser Herde in Venen. Es kommt dann je nach der Menge der in den Blutstrom gelangten Bacillen zu chronischer oder akuter Miliartuberkulose. Es scheint auch, dass einzelne bacillenhaltige Wanderzellen die verkästen Lymphdrüsen durch die Lymphbahnen wieder verlassen und so dem Blutstrom beigemengt werden können. Bei allen den zahlreichen verschiedenen Formen der Tuberkulose der Menschen und Thiere findet die Weiterverbreitung auf die gleiche Weise statt, und dieser Umstand spricht neben der Identität der sie bedingenden Bacillen und seiner Impfprodukte ebenfalls für die Zusammengehörigkeit aller dieser scheinbar so verschiedenen Affektionen.

Die häufig beobachtete Erblichkeit der Tuberkulose lässt sich nach K. am ungezwungensten auf die Vererbung prädisponirender Hilfsmomente, wie Neigung zu Katarrhen, fehlerhaftem Bau des Thorax etc. zurückführen.

Für die Therapie der Tuberkulose ist das Resultat der K.'schen Arbeit, die auf Grund ihres überwältigenden Materials und der stets gleichen Erfolge aller mit der peinlichsten Sorgfalt ausgeführten Ex-

perimente zu unbedingter Anerkennung der gezogenen Schlüsse zwingt, desshalb von großem Werth, weil sie auf prophylaktische Maßregeln weit größeren Werth legen muss als bisher. Das Weitere muss der Zukunft überlassen werden.

(Fortsetzung folgt.)

Schultze (Breslau).

---

4. **Coze** et **Simon.** Récherches de pathologie et de thérapeutique experimentales sur la tuberculose.

(Bull. gén. de thérap. 1884. p. 241.)

Die Verff. konnten die bislang gemachten Angaben über das Vorkommen des Koch'schen Bacillus in den Sputen Phthisischer, und nur solcher, vollauf bestätigen; sie geben wieder eine neue Färbemethode (im Princip die Ehrlich's) an; neu ist, dass die in Säure entfärbten Präparate nochmals kurz in Anilinwasser kommen, wodurch die Farbe der Bacillen aufgefrischt wird.

Außer in den Sputen und dem tuberkulösen Gewebe wurden die Bacillen auch in suspekten Pleuraexsudaten gefunden. Eine Anzahl Thiere wurden durch Verimpfung mit Sputum tuberkulös gemacht. Immer wurden die Bacillen, nie die forme zooglëique von Vignal und Malassez gefunden. Impfversuche mit Sputum, dem Kali bichromicum, Sublimat, Kreosot, Eukalyptol, Schwefelwasserstoff zugesetzt war, ergaben, dass nur die Sublimat- und Kreosotsputa das Eintreten allgemeiner Tuberkulose nicht erzeugten.

In einer zweiten Versuchsreihe wurden, ohne jeden Erfolg, geimpften Thieren antiseptische Substanzen täglich einverleibt. Es kamen zur Verwendung: Helenin, Sublimat, Eukalyptol, Natron benzoicum, Natron arsenicosum, Kreosot, Thymol, Schwefelwasserstoff, Styron, Schwefelnatrium.

Schließlich wurde versucht ausgebrochene Impftuberkulose aufzuhalten durch Kali hypermanganicum, Schwefelnatrium, Thymol, ebenfalls ohne Erfolg.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

5. **A. Weichselbaum.** Über Tuberkelbacillen im Blut bei akuter allgemeiner Miliartuberkulose.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 12 u. 13.)

Nachdem durch die Arbeiten, besonders Weigert's, die Anschauung begründet worden ist, dass die akute Miliartuberkulose ihr Zustandekommen dem Eintritt größerer Mengen des Tuberkelgiftes in die Blutbahn, meist in Folge von Übergreifen der Tuberkulose auf die Venen, verdankt, fehlte dieser Lehre noch der Schlussstein, der Nachweis der Bacillen im Blut bei akuter Miliartuberkulose. Derselbe ist durch obige Arbeit des um die Infektionstheorie der Tuberkulose schon mehrfach verdienten Wiener Forschers geliefert worden. In 3 Fällen von akuter Miliartuberkulose gelang ihm der Nachweis der Bacillen im Blut; im ersten handelte es sich um eine primäre

Tuberkulose der Tuben und des Uterus mit Übergreifen auf die Uterinalvenen an der Insertionsstelle der Placenta; die Lumina der Venen sind stellenweise ganz erfüllt von verkäster Tuberkelmasse, in der sich förmliche Nester von Tuberkelbacillen finden, in geringer Anzahl fanden sich dieselben in den Gerinnseln aus dem Herzen. Der zweite Fall betraf eine primäre Lungentuberkulose; in einem vom rechten Oberlappen kommenden größeren Lungenvenenaste zeigte sich nach dessen Eröffnung ein polypöser, über bohnengroßer, mit der Venenwand zusammenhängender Tuberkel, dessen Oberfläche an einem Punkt ulcerirt war; in den Gerinnseln des linken Herzventrikels konnten ziemlich viel, im übrigen Blut weniger Bacillen nachgewiesen werden. Im dritten Fall war die Allgemeininfektion ausgegangen von einer Urogenitaltuberkulose, bei der die linksseitigen Samenbläschen vollständig in eine käsige Masse verwandelt waren, welche auch eine größere Vene des Plexus pudendovesicalis dicht umschloss und an einer Stelle die Venenwand bereits durchwuchert hatte; vereinzelte Bacillen in den Blutgerinnseln des Herzens. Bei der chronischen Form der allgemeinen Miliartuberkulose (Lungenphthise, vereinzelte Knötchen in Leber, Milz und Nieren), die, wie wir annehmen, durch öfteres Eindringen ganz kleiner Mengen von Bacillen ins Blut zu Stande kommt, würde es demnach ein ganz besonders günstiger Zufall sein, wenn man die Bacillen im Blut nachweisen könnte. Dem Verf. gelang in den bisher von ihm untersuchten Fällen dieser Nachweis nicht.

Erwähnt sei endlich, dass in dem ersten Fall, der Uterustuberkulose, sich weder in den Cotyledonen der Placenta, noch in den Eihäuten, noch in den Organen des Embryo Tuberkel nachweisen ließen.

Den Nachweis der Tuberkelbacillen im Blut intra vitam zur Entscheidung der Diagnose auf akute Miliartuberkulose hält Verf. für möglich, empfiehlt aber dann die Untersuchung einer größeren Anzahl von Präparaten. **Strassmann** (Berlin).

---

6. **Racine.** Über das Verhältnis von Emphysem und Tuberkulose zur Kohlenlunge der Bergleute.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1884. Bd. II.)

Wenn das überaus häufige Vorkommen von Emphysem bei Bergleuten auch in einem Theil der Fälle durch die chronischen Bronchialkatarrhe derselben, in einem anderen durch starke körperliche Anstrengungen, in einem dritten durch mangelhaften Sauerstoffgehalt der Grubenluft sich erklären lässt, so bleiben doch Fälle übrig, in denen keines dieser Momente zutrifft und man genöthigt ist, eine direkte Entstehung des Emphysems durch den eingeathmeten Kohlenstaub anzunehmen; man kann sich dabei vorstellen, dass die Kohlenpartikelchen die kleinsten Luftwege ähnlich wie Bronchialsekret verstopfen und so zur Bildung des Emphysems Anlass geben. Verf.

konnte 2 junge Leute beobachten, die nach etwa einjähriger nicht besonders anstrengender Arbeit in gut ventilirter, aber stark mit Ruß angefüllter Luft, ohne dass je bei ihnen sich Katarrhe gezeigt hatten, ein ausgesprochenes Emphysem aufwiesen.

Im Gegensatz zum Emphysem fand Verf., wie schon frühere Beobachter, die Tuberkulose bei seinen Bergleuten außerordentlich selten, während die sonstige Bevölkerung der Gegend derselben verhältnismäßig häufig unterworfen ist. Die entgegenstehenden Statistiken einzelner Forscher glaubt er dadurch erklären zu können, dass dieselben die nicht seltenen chronischen Abscesse, bronchiektatischen Phthisen etc. der Bergleute mit zur Tuberkulose gerechnet haben. Die Untersuchung des Sputums auf Bacillen hat ihm in solchen Fällen die auch durch die klinischen Erscheinungen meist zu stellende Diagnose gesichert. Er neigt daher zu der Annahme, den Kohleneinathmungen eine konservirende, antibacilläre Wirkung zuzuschreiben.

Strassmann (Berlin).

---

7. **Escherich.** Hydrämische Leukocytose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 10.)

Die Vermehrung der weißen Blutkörperchen im Blut Anämischer (ohne Affektion der Lymphdrüsen) ist nach den Untersuchungen des Verf., die sich auf Phthise, Carcinome, Chlorose, Nephritis, Knocheneiterungen etc. erstreckten, eine absolute. Er erhielt in diesen Fällen im cbmm 8000—32 000 weiße Blutkörperchen, gegenüber 5000 in der Norm, und erklärt die Vermehrung durch die experimentell nachgewiesene Verstärkung und Beschleunigung des Lymphstroms bei Hydrämie. Die farblosen Blutkörperchen gehören hier fast ausschließlich der kleinen Form an, zeigen getheilten Kern, neutrophile Körnung und lebhafte amöboide Bewegungen. Außerdem fand er fast regelmäßig im Blut Kachektischer eigenthümliche Zellen, die schon Hayem als »hämoglobinführende Leukocyten« beschrieben hat und aus der Lymphe stammen lässt, während Verf. glaubt, dass sie sich innerhalb des Blutes durch Invagination der aus Zerbröckelung rother Blutkörperchen hervorgegangenen Trümmer bilden. Näheres über dieselben s. im Original.

Bei entzündlichen Erkrankungen, die mit Schwellung der Lymphdrüsen einhergehen, findet sich stets Vermehrung der weißen Blutkörperchen in dem im Übrigen normalen Blut.

Strassmann (Berlin).

---

8. **Bechterew.** Die Bedeutung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in der progressiven Paralyse der Irren bezüglich des Auftretens apoplektoider und epileptoider Anfälle.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XIV. Hft. 3.)

Eine Reihe experimenteller Untersuchungen (Axel Key und Retzius, v. Bergmann, Naunyn und Schreiber u. v. A.)

haben die Erscheinungen des Hirndrucks bis zu einer gewissen Klarheit gefördert. Es unterliegt ferner kaum einem Zweifel, dass die klinischen Symptome der paralytischen Anfälle völlig den Erscheinungen entsprechen, welche bei plötzlich eintretendem Hirndruck beobachtet werden, und es handelt sich nun darum, zu entscheiden, welche der Bedingungen, die im Hirne der Paralytiker bestehen, das Auftreten allgemeinen oder örtlichen Hirndrucks begünstigen.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der progressiven Paralyse bestehen in den Resultaten der reichlichen, zur Sklerose des Gehirns führenden Bindegewebsentwicklung, d. i. einerseits Atrophie der nervösen Elemente, andererseits Hindernisse für die freie Bewegung der Cerebrospinalflüssigkeit. Letztere sind: 1) Verwachsung der weichen Hirnhäute unter einander und mit der Hirnsubstanz, 2) mehr oder weniger bedeutende Obliteration des Aquaeductus Sylvii und Verengerung der Aperturae laterales ventricul. quarti, 3) Verschmälerung des Lumens der lymphatischen Gefäßräume und Abschnürungen der Lymphräume.

Der Druck wird nun ohne schwere Störungen ertragen, so lange der Seitendruck im Gefäßsystem normal bleibt; sobald jedoch der Seitendruck in den Arterien fällt, so erweist sich der Druck seitens der ihres freien Abflusses beraubten Cerebrospinalflüssigkeit als genügend, die kleinen Hirnarterien zu komprimiren, und es kommt in Folge allgemeinen Hirndrucks zu apoplektoiden Anfällen.

Zweifellos giebt es aber nun Fälle, in denen bei Paralytikern apoplektoide Anfälle bei einer Erhöhung des Blutdruckes erfolgen; diese sind in der Weise zu erklären, dass durch Verengerung der natürlichen Abflussbahnen der freie Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit an einigen Stellen Behinderung findet; in Folge dessen muss sie im Fall von Blutandrang einen bedeutenden Druck auf das umgebende Hirngewebe ausüben, und dadurch kommen schwere funktionelle Störungen, apoplektoide Anfälle, zu Stande.

Das Auftreten der epileptoiden Anfälle legt die Annahme einer beschränkten, einen örtlichen Druck auf das Hirngewebe ausübenden Affektion der Hirnrinde nahe; Verf. fand auch mehrfach bei der Autopsie solcher Fälle die Bildung cystenartiger, mit seröser Flüssigkeit erfüllter Säcke im Inneren des Subarachnoidealraums, deren Größe zuweilen sehr erheblich war. Diese Säcke üben selbstverständlich einen Druck auf die darunter liegenden Hirntheile aus, der so lange funktionell latent bleiben wird, als er nicht dem Carotidendrucke fast gleich kommt. Sobald aber Anämie und Hyperämie des Gehirns eintritt, müssen gleichzeitig schwerere Symptome örtlichen Drucks auf das Gehirn sich einstellen.

M. Cohn (Hamburg).

---

9. **Zacher.** Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XIV. Hft. 3.)

Verf. bespricht im Anschluss an früher an derselben Stelle gemachte Mittheilungen zunächst einzelne Symptome resp. Symptomengruppen, die im Gefolge paralytischer Anfälle auftreten.

1) Über das Verhalten der Sehnenreflexe und Hautreflexe bei und nach den paralytischen Anfällen. Die Beobachtungen wurden gemacht bei Pat., die nicht an Rückenmarksaffektionen litten, bei solchen mit strangförmiger Sklerose beider Seitenstränge, mit kombinirter Sklerose der Hinter- und Seitenstränge und schließlich bei zwei nicht genau zu klassificirenden. Das Resultat der Beobachtung lehrt, dass zwischen den Erscheinungen auf motorischem Gebiete und den Sehnenreflexen ein inniger Konnex stattfindet, derart, dass die letzteren stets gesteigert sind auf der Körperhälfte, auf welcher sich motorische Reizerscheinungen abspielen und zwar selbst dann noch, wenn neben den Reizerscheinungen auch Lähmungserscheinungen aufgetreten sind, dass aber umgekehrt dieselben schwächer sind, resp. vollkommen verschwinden auf jener Körperhälfte, wo nur motorische Lähmungszustände zu konstatiren sind. Waren die Sehnenreflexe bereits vor den Anfällen gesteigert, so tritt je nach der Art der motorischen Störungen entweder weitere Steigerung oder aber Abschwächung ein. Waren dagegen die Reflexe bereits vor den Anfällen erloschen, so werden sie auch durch die Anfälle nicht mehr hervorgerufen. Diese Modifikationen im Verhalten der Sehnenreflexe können natürlich einseitig oder doppelseitig auftreten, je nachdem die durch den Anfall gesetzten motorischen Störungen einseitig oder doppelseitig sind. Selbst einzelne Extremitäten können die Modifikation der Reflexe zeigen, wenn nämlich die motorischen Störungen auf dieselben beschränkt waren.

Ein ähnliches Verhältnis, wie zwischen Sehnenreflexen und motorischen Erscheinungen, scheint sodann zwischen Hautreflexen und Sensibilität resp. Schmerzempfindlichkeit zu bestehen. Es fand sich nämlich fast stets, dass die Hautreflexe, speciell der Cremasterreflex auf derjenigen Seite herabgesetzt war resp. fehlt, wo sich Abstumpfung resp. Aufhebung des Schmerzgefühls nachweisen ließ.

Betreffs des Kausalnexus zwischen Sehnenreflexen und Motilität, Hautreflexen und Sensibilität schließt sich Verf. der Schwarz'schen Ansicht an, dass »durch einen Process, welcher auf die motorischen und sensiblen Theile des Gehirns lähmend wirkt, auch die Reflexcentra des Rückenmarks, welche mit jenen Gehirnpartien in Verbindung stehen, lähmend beeinflusst werden, dass dieselben aber erhöhte Erregbarkeit gewinnen, wenn der Process eine reizende Wirkung auf jene Gehirnpartie ausübte«.

2) Über einige im Anschluss an paralytische Anfälle auftretende Störungen auf motorischem Gebiete. Im

Anschluss an paralytische Anfälle können motorische Reizerscheinungen auftreten, die sich in Neigungen zu Muskelspannungen, Starre und Kontrakturen aussprechen und ein- oder doppelseitig auftreten können. Das Auftreten dieser Erscheinungen ist nicht durch etwa sonst vorhandene Rückenmarksaffektion bedingt, sondern wahrscheinlich auf Reizzustände innerhalb bestimmter Centren der Gehirnrinde zurückzuführen.

Als Ausdruck anderer Reizvorgänge, die sich in motorischen Gebieten abspielen, erscheinen gewisse automatische, zweckmäßige, koordinirte Bewegungen, die sich im Anschluss an paralytische Anfälle einstellen, und zwar meist in derjenigen Körperhälfte, in welcher sich während des Anfalls Konvulsionen abgespielt hatten. Weiter findet sich auch als motorisches Reizphänomen das sog. Prévost'sche Symptom, die konjugirte Kopf- und Augenstellung, und schließlich auch Störungen des Muskelsinnes, die einmal darin bestehen, dass die Pat. keine Kenntnis von der jeweiligen Stellung ihrer Gliedmaßen haben, andererseits darin, dass sie, ohne dass eine Lähmung oder Parese vorliegt, gewisse Bewegungen nicht mehr, wie früher, ausführen können.

3) Über Sehstörungen bei und nach paralytischen Anfällen. Als sicher konstatirt werden hingestellt a) Fälle von reiner Seelenblindheit, von denen es zweifelhaft ist, ob sie stets doppelseitig zugleich mit rechtsseitigen Störungen der Motilität etc. und dysphasischen Erscheinungen auftreten; b) doppelseitige Sehstörungen, die höchst wahrscheinlich wahre Hemianopsien sind; c) kombinirte Sehstörungen.

4) Über eine im Anschluss an paralytische Anfälle auftretende vasomotorische Störung. Diese besteht in einer Quaddel- und Striemenbildung auf der Haut bei leichtem Druck und Stich, die aber bald wieder verschwand und ist vielleicht nur als Steigerung des Trousseau'schen Phänomens anzusehen. Bei beiden Pat. bestand auch Seitenstrangsklerose. **M. Cohn** (Hamburg).

---

10. **Hartigan** (Washington). Trismus nascentium or the lockjaw of infants, its history, cause, prevention and cure.

(Amer. journ. of the med. sciences 1884. Januar.)

Nach einer sehr sorgfältigen Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur, besonders der amerikanischen, berichtet Verf. über das Ergebnis einer großen Beobachtungsreihe von Trismus neonatorum, der in Amerika, besonders in den südlichen Staaten (bis zu 50% der Geburten) sehr häufig zu sein scheint.

Von den 229 in 4 Jahren an Trismus neonatorum Gestorbenen erkrankte die Mehrzahl am 4. bis 6. Tage, und es trat der Tod ein 2—3 Tage, nachdem das erste Symptom (Unfähigkeit zu Saugen) bemerkt worden war — also 6—9 Tage nach der Geburt.

Die beiden Geschlechter wurden in annähernd gleicher Anzahl betroffen.

Verf. selbst machte ca. 150 Sektionen, von denen er 43 genauer mittheilt und fand in fast allen Fällen den Nabel und die übrigen Organe (abgesehen von den durch die Asphyxie bedingten Lungenbefunden) normal, dagegen in der Majorität der Fälle eine lebhafte Injektion der cerebralen und spinalen Meningen, Blutaustritte an der Oberfläche der hinteren Großhirnpartien und des Cerebellum und blutige resp. gelatinöse extradurale Extravasate längs des Rückenmarks.

In vereinzelten Fällen war der Befund ein negativer. Außerdem fand Verf. bei einer großen Anzahl seiner Beobachtungen sowohl intra vitam als post mortem eine Verschiebung des Os occipit. unter das Os pariet. ein- oder doppelseitig.

Unter Zurückweisung der verschiedenen anderen Hypothesen über die Ätiologie des Trismus neonatorum (meteorologische und hygienische Einflüsse, traumatische Entstehung von der Nabelwunde aus, zu heißes Baden etc.) schließt sich Verf. der schon früher von Sims ausgesprochenen Meinung an, dass die Ursache des Trismus neonatorum eine Kompression der Pons und der Med. oblong. durch die untergeschobene Hinterhauptsschuppe sei und sucht diese Ansicht durch eine Reihe von günstigen Erfolgen, welche er durch »Position«, d. i. durch Lagerung des Kindes auf die Seite resp. durch seitliche Kompression des Schädels und Richtigstellung des Os occipit. vorübergehend oder dauernd erzielte, zu erweisen. Er empfiehlt dringend, auf die Kopflage des Kindes zu achten, dieselbe häufig zu wechseln, um eine länger dauernde Kompression derselben Stelle des Schädels zu vermeiden und verlangt in verzweifelten Fällen die operative Elevation der untergeschobenen Squama occipit.

Die Fälle, in denen Verf. Erfolge von seiner Methode sah, betrafen übrigens sämmtlich ältere Kinder (sog. »Trismoid«), bei denen die Erscheinungen keine so heftigen waren, wie in den anderen Fällen von alsbald post partum auftretendem Trismus neonatorum.

Thomsen (Berlin).

---

11. F. Riegel. Zur Lehre von den hysterischen Affektionen der Kinder.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VII. Hft. 5.)

Die Kasuistik der seltenen echten Hysterie im Kindesalter wird durch die vorliegende Arbeit R.'s um fünf interessante Krankengeschichten vermehrt. Es handelt sich um 3 Knaben und 2 Mädchen, bei denen sich theils im Anschluss an akute Krankheiten, theils spontan Paraplegien entwickelt hatten. Der letzte Fall stellt eine ausgesprochene, schwere Hysterie dar; ein regelloses buntes Symptomenbild, zusammengesetzt aus Lähmungen, Krämpfen, Kontrakturen, Störungen der Sprache, der Darmfunktionen, Anästhesien,

vasomotorischen Störungen und vor Allem auch Störungen des psychischen Verhaltens.

Dass sämmtliche Erscheinungen bei den Kranken nur hysterischer Natur waren, erhellt aus der eingeleiteten, rasch erfolgreichen Behandlung: Die Erfolge derselben (Streckung und Anhaltung zur aktiven Bewegung der gelähmten Extremitäten, so wie Anwendung des elektrischen Pinsels bei starkem Strom) schreibt R. wesentlich dem Aufenthalte der Pat. im Hospital zu. Aufnahme in die Klinik ist das Erste, was Verf. bei der Behandlung derartiger Fälle verlangt, in denen der moralische Einfluss des Arztes ausschlaggebend für den Erfolg ist.

M. Cohn (Hamburg).

---

12. **X. Francotte.** De la caféine dans les maladies du coeur.

Liége, 1883. 8. 9 S. Mit 4 Kurventafeln.

Im Jahre 1877 machte Gubler in Frankreich darauf aufmerksam, dass es gewisse Fälle von Herzfehler mit Hydrops giebt, bei denen Koffeïn eine digitalisartige Wirkung zu haben scheint. Seitdem ist diese Thatsache vielfach bestätigt worden, so von Huchard, Lépine (1882), Constantin Paul (1883), Peter (1883), Dujardin Beaumetz u. A. F. berichtet 6 Krankengeschichten, welche zeigen, dass noch in Fällen, wo Digitalis ohne Erfolg versucht worden war, die Koffeïnmedikation bei Herzkranken lebensrettend wirken kann. Die Wirkung äußerte sich besonders in einer ganz excessiven Steigerung der Diurese. An sich selbst konnte F. eine ähnliche Steigerung der Diurese durch Koffeïn nicht hervorbringen; es traten vielmehr überhaupt so gut wie keine Wirkungen auf, selbst wenn er ein ganzes Gramm Koffeïn pro Tag einnahm. Auch in der Harnstoffmenge war kein Unterschied bemerkbar.

F. kommt zu dem Resultate, dass das Mittel auf den Gesunden überhaupt nicht wirkt, bei Herzkranken mit mangelhafter Cirkulation aber stark diuretisch wirke.

Ref. ist von der Richtigkeit dieses Satzes überzeugt und kann das Koffeïn als Diureticum bei Herzkrankheiten nur empfehlen, warnt jedoch vor der durch sämmtliche französische Arbeiten gehenden falschen Anschauung, als ob die Wirkung des Koffeïns eine potenzirte Digitaliswirkung sei; die Koffeïnwirkung hat vielmehr mit der Digitaliswirkung dem Wesen nach nicht das Mindeste gemein und ähnelt ihr nur in der einen Beziehung, dass beide unter Umständen mit Vermehrung der Harnausscheidung verbunden sind.

Kobert (Straßburg i/E.).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **E. Troisier.** Les nodosités rhumatismales souscutanées.

(Union méd. 1884. No. 32, 33, 36.)

Verf. vervollständigt die bisher bekannten Fälle durch eine neue eigene Beobachtung dieser seltenen Affektion. Sein Pat., der seit 4 Wochen an einem zur

Zeit in der Besserung sich befindenden akuten Gelenkrheumatismus litt, hat seit 8 Tagen das Auftreten kleiner Knoten unter der Haut der linken Handwurzel bemerkt. T. konstatirte außerdem 2 Knoten über dem Metakarpophalangealgelenk des rechten Zeigefingers, einen über dem rechten Mittelfinger und einen auf dem linken Scheitelbein. In den nächsten Tagen traten noch eine größere Anzahl auf dem Hinterhaupt und über den verschiedensten anderen Gelenken auf, um dann in etwa 14 Tagen, zugleich mit dem Aufhören der Gelenkschmerzen wieder allmählich zu verschwinden.

Die subkutanen Knoten bei akutem Gelenkrheumatismus charakterisiren sich als kleine Buckel von der durchschnittlichen Größe einer Erbse, kugel- oder eiförmig, von knorpeliger Konsistenz, mit der Haut nicht verwachsen, auf den Sehnen, den Gelenkbändern oder dem Periost sitzend. Entzündliche Erscheinungen in ihrer Umgebung fehlen, ihre Schmerzhaftigkeit ist gering. Sie entstehen schnell, verschwinden allmählich, ihre Gesammtdauer ist durchschnittlich 14 Tage. Sie können an allen Theilen des Körpers auftreten, doch scheinen Stirn und Hinterhaupt bevorzugte Stellen zu sein. **Strassmann** (Berlin).

14. **Rendu.** Retrécissement non congénital de l'artère pulmonaire, endartérite végétante.

(Union méd. 1884. No. 22 u. 25.)

Der Fall betrifft einen 19jährigen jungen Mann, der schon seit langer Zeit an Dyspnoe bei stärkeren Anstrengungen litt, die seit einiger Zeit sich auch ohne solche einstellt und von Herzklopfen, Schwindelanfällen, Abmagerung begleitet ist. Die Untersuchung ergab den Spitzenstoß im 6. Interkostalraum innerhalb der Mamillarlinie, Verbreiterung der Herzdämpfung und ein am stärksten im 3. Interkostalraum links ausgesprochenes, nach der linken Subclaviculargegend sich fortpflanzendes lautes Stenosengeräusch, das auffallenderweise zwischen Systole und Diastole eintraf. R. diagnosticirte eine Pulmonalstenose. Der Kranke acquirirte im Hospital eine akute Nephritis und ging an Lungenödem zu Grunde. Die Autopsie ergab außer den beiden letzterwähnten Veränderungen eine enorme Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels und Vorhofs, die Pulmonalklappen durch alte endokarditische Auflagerungen mit einander verlöthet, das Ostium $2^1/_2$ mm im Durchmesser; die Pulmonalis dilatirt, zeigt eine größere sklerotische Stelle, das linke Herz ist normal, die Aorta eng, die fötalen Wege geschlossen. Aus letzterem Befund schließt Verf., dass es sich nicht um eine angeborene, sondern in der Kindheit erworbene Veränderung handelte und hebt als bemerkenswerth hervor die verhältnismäßig geringen Beschwerden, die diese hochgradige Verengerung bis vor Kurzem verursacht hatte, das Fehlen der Tricuspidalinsufficienz trotz der kolossalen Dilatation und endlich das Nichteintreten von Lungentuberkulose.

Strassmann (Berlin).

15. **M. Focquet.** Note sur un cas de névralgie trifaciale.

(Arch. méd. belges 1884. Jan.)

Der vorliegende Fall ist besonders interessant wegen der in ihm beobachteten Nebenwirkungen des Natr. salicylic., welches freilich in nicht zu rechtfertigenden Quantitäten gegeben wurde. Neuralgie des ersten und zweiten Astes des Trigeminus, wahrscheinlich rheumatischer Natur (?), mit sehr heftigen und in sehr kurzen Intervallen auftretenden Anfällen, Morphium, Chloral, Chloroform, Bromkali, Zinc. valerian., Chinin, Arsenik, Gelsemium, Aconitin, Belladonna; konstanter Strom; Vichy; lokal: Vesikatore, Jodtinktur, Jodoform, Salben mit Veratrin, mit gechlortem Chlorwasserstoffäther ohne Erfolg in Anwendung gezogen; nur Jodoforminhalationen während der Anfälle bis zur Betäubung fortgesetzt, schaffen Linderung. Versuch mit Natr. salicylicum, 3—4 Dosen à 2 g pro die: nach der dritten Dose sind die Anfälle verschwunden. Es wird danach während $5^1/_2$ Wochen mit dieser Medikation fortgefahren und im Ganzen etwa 200 g des Mittels während dieser Zeit verbraucht (sic! Ref.), obwohl die gewöhnlichen Neben-

wirkungen der Salicylsäure: Ohrensausen, Taubheit, Dyspnoe, profuse Schweiße in der exquisitesten Weise eintreten und den Kranken völlig herunterbringen; selbige dauern auch lange Zeit nach Aussetzen des Mittels fort. Während 14 Monaten ist Pat. völlig von seiner Neuralgie befreit. Darauf Recidiv. Es stellen sich jetzt jährlich, zu Beginn des Winters, Rückfälle ein, mit sehr zahlreichen Anfällen (mitunter 10—12 pro Stunde), die aber weniger heftig sind als die früheren. Natr. salicylicum koupirt in den ersten beiden Wintern die Anfälle unmittelbar; bald aber stellt sich eine völlige Intoleranz des Kranken gegen das Mittel ein, so dass selbst die kleinsten Dosen eine veritable Giftwirkung ausüben. Außer den oben erwähnten Erscheinungen verbietet seine Anwendung namentlich eine kolossale Überempfindlichkeit des Magens, die sich selbst nach einmaliger Dosis von 1—2 g einstellt und die so groß ist, dass Pat. während länger als einer Woche weder Speise noch Trank bei sich behält; ferner eine eigenthümliche Affektion der Mund- und Lippenschleimhaut, welche unter Hinterlassung tiefer, schmerzhafter Ulcerationen in großen Fetzen sich abstößt; gleiche Erscheinungen zeigen sich an Nasenschleimhaut, Konjunktiven, Anus, Präputium, mehreren Stellen der Haut, besonders der Finger. Verf. führt diese Symptome auf die Ausscheidung des Medikaments in loco zurück.

Erneut aufgenommene Versuche mit den oben citirten Mitteln, ferner Anwendung von Zinc. cyanatum, Oleum Terebinthinae, Cuprum sulfuric. ammoniat. u. A. blieb ohne Erfolg; nur das Zinc. cyanatum schien bei den ersten beiden Versuchen eine Milderung der Anfälle zu bewirken. Pat. musste schließlich sich selbst überlassen werden; es trat im Laufe der Zeit etwas Besserung ein.

Freudenberg (Berlin).

16. **Rossignol.** Sclérose cérebrale.

(Arch. méd. belges 1883. December.)

Der im Militärlazarett zu Brügge beobachtete Fall betrifft einen Soldaten, welcher plötzlich mit einem epileptiformen Anfall erkrankte, der sich in Intervallen von 8 Tagen 2mal wiederholte. In der Zwischenzeit bestand nur geringer Kopfschmerz und Schwindel. Einige Tage später wiederholten sich die Anfälle Schlag auf Schlag; Delirien, komplete Amaurose und Strabismus gesellten sich dazu. Zu gleicher Zeit erschienen Geruch- und Geschmacksinn völlig aufgehoben; Pat. zitterte stark, war aber fieberfrei.

Die Anfälle selbst sind von den epileptischen verschieden; es fehlt die Aura, der Schrei und das Koma. Der Charakter des Kranken ist völlig verändert; er erscheint kindisch und reizbar. Die Muskelkraft ist vermindert. Bei jeder Erregung und bei Muskelkontraktionen tritt Zittern auf, welches nicht nur die Muskeln befällt, welche Pat. bewegen wollte, sondern alle diejenigen, welche von demselben oder einem benachbarten Nerven versorgt werden. Die Sprache ist verlangsamt und schwerfällig.

Beim Gehen werden die Beine sehr weit gestreckt und Pat. schwankt stark; wird der Gang nicht durch die Augen kontrollirt, so fällt Pat.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper bedeutend herabgesetzt und unter den Fußsohlen völlig aufgehoben. Zuweilen Gefühl von Ameisenkriechen; keine Schmerzen.

Die Sinnesfunktionen kehren bald zur Norm zurück; das Sehvermögen blieb links auf die Unterscheidung von hell und dunkel beschränkt; rechts $^1/_{20}$ des Normalen.

Jodkalium (5 g pro die) scheint wenigstens ein Fortschreiten der Affektion, welche Verf. per exclusionem als Hirnsklerose diagnosticirt, zu verhindern.

M. Cohn (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, **P. Ehrlich**, **D. Finkler**, **A. Fränkel**,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 23. **Sonnabend, den 7. Juni.** **1884.**

1. **Giuseppe Peli** (Bologna). Contributo allo studio die centri motori nella superficie cerebrale.

(Bull. delle scienze med. Serie VI. vol. XII.)

Bei der Uneinigkeit der Ansichten, welche über die Frage der Lokalisation der Funktionen des Großhirns noch besteht, bei der Verschiedenheit der Resultate, zu welchen die verschiedenen Experimentatoren über diesen Gegenstand gekommen sind und bei der Schwierigkeit, welche besteht, diese Resultate vom Versuchsthiere auf den Menschen zu übertragen, verdient ein jeder von klinischer Seite zur Lösung der Frage zu liefernder Beitrag besondere Beachtung. Ein solcher Beitrag ist die folgende Beobachtung P.'s.

Bei einer 54jährigen Frau, bei der vor mehr als 30 Jahren wegen Tumor albus des linken Kniegelenks die Amputation des linken Oberschenkels im unteren Drittel gemacht worden, fand sich bei der Sektion eine Atrophie des Gyrus parietalis ascendens (hintere Centralwindung) der rechten Seite. Die mikroskopische Untersuchung der

oberen und mittleren Partie dieser Windung ergab Fehlen resp. Verkümmerung der zelligen Elemente und der Nervenfasern, dagegen eine relative Vermehrung der Neuroglia, die reichlich Pigmentkörner und amyloide Körperchen enthielt.

Die kleine Arbeit ist unter sorgfältiger Benutzung der einschlägigen Litteratur gemacht worden und enthält namentlich eine sehr dankenswerthe Zusammenstellung der in derselben niedergelegten klinischen Beobachtungen ähnlicher Art. **Freudenberg** (Berlin).

---

2. **Bernardino Silva** (Turin). Dell' azione del salasso sulla pressione sanguigna nell' uomo.

(Rivista clinica 1883. No. 12.)

Die bisherigen Untersuchungen über den Einfluss des Aderlasses auf den Blutdruck sind an Thieren angestellt worden. Verf. untersuchte in 6 Fällen, in welchen der Aderlass zu therapeutischen Zwecken vorgenommen wurde — es handelte sich nicht um organische Erkrankungen des Herzens, der Gefäße, oder der Nieren, sondern um Frauen, welche theils von Jugend auf an Aderlässe gewöhnt waren, theils ohne besonders nachweisbare Ursachen an Kopfschmerzen und Oppressionsgefühl litten; eine Pat. hatte Lungenemphysem und Epistaxis; eine andere war seit einem Jahre amenorrhoisch und hatte seit 2 Monaten periodisch wiederkehrende (alle 15—20 Tage) Magenblutungen, an deren Stelle mitunter Anfälle von Nausea, Gefühl von Druck auf Kopf und Brust, Beklemmungen traten, — die Einwirkung des Aderlasses auf den Blutdruck beim Menschen. Zur Messung diente der Sphygmomanometer von Basch, der auf die Radialis der der Aderlassseite entgegengesetzten Körperhälfte applicirt wurde. Es ergab sich, dass durch den Aderlass, auch wenn nur eine geringe Menge Blut entzogen wurde, eine Verminderung des Blutdruckes zu Stande kam. Diese Herabsetzung begann unmittelbar nach dem Einstich, erreichte ihr Maximum $^1/_4$—1 Stunde nach dem Ende des Aderlasses; sie dauerte 3—5 Stunden, wenn die Quantität des abgelassenen Blutes weniger als $^1/_{100}$ des Körpergewichts betrug, sie währte 30 bis 48 Stunden bei größeren Quantitäten. Auch an den folgenden Tagen ließ sich ein Einfluss des Aderlasses in so fern nachweisen, als die Tagesschwankungen weniger ausgesprochen waren, als vor der Operation.

In drei Fällen zeigten sich während des Verlaufs der Blutentziehung Schwankungen des Blutdrucks, in einem Falle ging der Druckherabsetzung, im Gegensatz zu dem oben Gesagten, eine kurzdauernde Drucksteigerung voraus; Verf. erklärt beides durch reflektorische Gefäßkontraktionen.

In dem sechsten Falle, dessen Krankheitsbild oben kurz skizzirt worden, zeigte sich eine eklatante therapeutische Wirkung des Aderlasses in der Weise, dass der vorher intermittirende und ungleiche Puls während des Aderlasses Rhythmicität und Gleichheit gewann,

ein Effekt, der auch nach 22 Tagen noch bestand. Eine Beobachtung, die entschieden zu weiterem Studium auffordert.

Freudenberg (Berlin).

---

3. **Lazarus** und **Schirmunski.** Über die Wirkung des Aufenthalts in verdünnter Luft auf den Blutdruck.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VII. Hft. 3.)

Verff. benutzten eine Glocke des pneumatischen Instituts in Berlin, um Blutdruckbestimmungen am Menschen beim Aufenthalt im luftverdünnten Raume zu machen. Nachdem sie mit dem Basch'schen Sphygmomanometer und dem Marey'schen Sphygmographen übereinstimmend bei Verdünnung bis zu einer halben Atmosphäre ein Sinken des Blutdrucks konstatirt hatten, wiederholten sie diese Versuche an Hammeln, indem sie hier den Blutdruck direkt durch Einfügen eines Manometers in die Carotis bestimmten. Auch hier ergab sich ein Sinken des Blutdrucks, das sogar noch während des Ansteigens des Luftdrucks in der Glocke fortbestand. Die Verschiedenheit der Resultate mit denen von Fraenkel und Geppert gefundenen glauben die Verff. aus einer Veränderung der Methode und der Anwendung anderer Versuchsthiere herleiten zu können.

Ehrlich (Berlin).

---

4. **A. Halla.** Über den Hämoglobingehalt des Blutes und die quantitativen Verhältnisse der rothen und weißen Blutkörperchen bei akuten fieberhaften Krankheiten.

(Zeitschrift f. Heilkunde Bd. IV. p. 198—251 u. 331—379.)

Ein großer Theil der umfangreichen Untersuchung ist einer Kritik der A. Schmidt'schen Gerinnungslehre und der Bedeutung und Abstammung der Blutplättchen gewidmet. Dieser Abschnitt bringt keinerlei neue Gesichtspunkte und ist für ein kurzes Referat nicht geeignet. Verf. stimmt vollständig mit den diesbezüglichen Anschauungen von Bizzozero überein. Die Zählung der rothen und weißen Blutkörperchen, so wie die Bestimmung des Färbewerthes (Hämoglobingehalt) des einzelnen rothen Blutkörperchens geschah nach der Methode von Hayem. Die Zahl der rothen Blutkörperchen im Blute Gesunder schwankte zwischen 4 030 000 und 5 270 000 im cmm. Das Verhältnis der weißen zu den rothen Blutkörperchen statuirt Verf. mit 1 : 822 bis 1 : 811. Zwischen diesen Werthen können Schwankungen vorkommen. Eine wesentliche Vermehrung der weißen Blutzellen während der Verdauung, die von verschiedenen Seiten angegeben wurde, konnte Verf. nicht konstatiren. Untersuchungen an Schwangeren ergab bei 10 der untersuchten 19 Fälle eine bedeutendere relative Vermehrung der weißen Blutzellen, in den anderen Fällen war sie nur geringgradig, in 3 Fällen gar nicht ausgesprochen. Dagegen wurde übereinstimmend mit anderen Angaben eine Verminderung der absoluten Zahl der rothen Blutkörperchen gefunden. Besonderes Augenmerk wurde den Veränderungen der Zahlen der rothen

und weißen Blutkörperchen zugewendet, zumal Böckmann angegeben hatte, dass bei akut fieberhaften Krankheiten die Zahlen der rothen Blutkörperchen dem Gange der Temperatur entgegengesetzt, die Zahlen der weißen Blutkörperchen dagegen demselben parallel gehen.

Für die rothen Blutkörperchen konstatirt Verf. die Verminderung der Zahl derselben als eine konstante Folge des Fiebers, wenn auch Fälle vorkamen, in denen Schwankungen der Blutkörperchenzahl im positiven Sinne nachweisbar waren. (Schon Heyl und Maissurians [vgl. dieses Centralblatt 1883 p. 354] haben auf die großen Schwankungen aufmerksam gemacht, denen die Zahl der rothen Blutkörperchen bei fiebernden Thieren unterliegt, was sie im Allgemeinen zurückführen auf Störungen der Regulatoren der Blutkörperchenzufuhr und des Blutkörperchenzerfalles. Ref.) Auch die Färbekraft des Blutes sinkt oft parallel der Zahl der rothen Blutkörperchen im Fieber. In anderen Fällen sinkt die Färbekraft rascher als die Zahl der rothen Blutkörperchen. Unter Umständen kann es auf diese Weise zu einer beträchtlichen Verarmung des Blutes an Hämoglobin kommen, während die Zahl der rothen Blutkörperchen nur unbedeutend abgenommen haben kann.

Auch für die Zahl der weißen Blutkörperchen bei fieberhaften Krankheiten fand Verf. wechselnde Verhältnisse. (Untersucht wurde bei krupöser Pneumonie, Pleuritis, Tuberkulose der Lungen, Peritonitis ac., Rheumatis. art. ac., Erysipel, Meningitis suppur., Angina, Variola, Scarlatina, Intermittens, Typhus abdominalis.) Bei sehr vielen Fällen fiel die Temperatursteigerung mit einer Vermehrung der weißen Blutzellen zusammen, und zwar war dies meist bei akut entzündlichen Processen der Fall, obzwar auch solche hervorgehoben werden, in denen eine solche Vermehrung nicht konstatirt wurde. Ein konstanter Parallelismus zwischen dem Gange der Körpertemperatur und der Zahl der weißen Blutkörperchen ließ sich selbst dann nicht nachweisen, wenn auch eine Vermehrung der Leukocyten vorhanden war. Aus diesen Beobachtungen folgert Verf., dass zwischen der Vermehrung der weißen Blutkörperchen und dem Fieber kein nothwendiger Zusammenhang besteht. Zum Schlusse erwähnt Verf. noch einige Beobachtungen über die Menge der in einem Blutpräparate vorhandenen Blutplättchen im Verhältnisse zu den vorhandenen Leukocyten. Verf. muss die Möglichkeit der Anschauung von A. Schmidt zugeben, dass die Blutplättchen Produkte des intravaskulären Zerfalles der weißen Blutzellen darstellen.

Löwit (Prag).

---

5. M. Simmonds. Die knotige Hyperplasie und das Adenom der Leber. (Aus dem allgemeinen Krankenhause in Hamburg.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXIV. p. 388.)

Verf. betont, dass man bei der knotigen Hyperplasie und beim Adenom der Leber zwischen multiplen und solitären Formen unterscheiden muss. 1) Die solitäre knotige Hyperplasie der Leber ist

vielleicht eine kongenitale Bildung, die ohne sonstige Beschwerden latent besteht. Es handelt sich um eine abgekapselte, bindegewebige Geschwulst, welche in ihrem Innern Reste hyperplastischen Lebergewebes enthält. 2) Bei der multiplen knotigen Hyperplasie der Leber bekommt man es mit kleineren, mehrfachen Tumoren zu thun, denen eine bindegewebige Kapsel fehlt. Sie kommen nur in Lebern vor, die anderweits verändert sind (Bindegewebswucherung, Degeneration der Leberzellen). In ihnen sind die Leberzellen besonders gut erhalten, so dass sie quasi als kompensatorische Bildungen anzusehen sind. 3) Das multiple Adenom der Leber bildet meist sehr zahlreiche Knoten, die bei mikroskopischer Untersuchung fast zahllos werden. Sehr früh findet bindegewebige Abkapselung statt. Endóthelien konnten auf letzterer nicht nachgewiesen werden. Die Hauptmasse der Tumoren besteht aus Epithelschläuchen, welche von den Leberzellen abstammen. Auch kommen cystische Bildungen vor. Man hat es mit gutartigen Neubildungen zu thun, die nicht Metastasen machen, aber unter Umständen in Krebs übergehen. Vielleicht verdankt mancher primäre Leberkrebs dieser Metamorphose seinen Ursprung. 4) Das solitäre Adenom kennt Verf. nur aus der Litteratur und macht hierüber einige Mittheilungen. **Eichhorst** (Zürich).

---

6. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt. Gaffky, Zur Ätiologie des Abdominaltyphus.

(Fortsetzung. Bd. II. p. 372—403.)

Während Eberth die von ihm zuerst als Typhusbacillen angesprochenen charakteristischen Organismen in den Lymphdrüsen und in der Milz unter 40 Fällen von Abdominaltyphus 18mal, R. Koch dieselben (unabhängig von Eberth und fast gleichzeitig mit ihm [diese Mittheilungen Bd. I]) in etwa der Hälfte der Typhusfälle, endlich W. Meyer unter 20 untersuchten Fällen 16mal die Bacillen im Darm der Typhuskranken fand, hat G. mit Hilfe einer verbesserten Methode diese Organismen fast in sämmtlichen, nämlich in 26 von 28 untersuchten Typhusfällen nicht bloß im Darm, sondern auch in den drüsigen inneren Organen, in der Leber, der Milz, den Nieren und den Mesenterialdrüsen, nachweisen können. In einem Falle fanden sie sich, wenn auch zahlreich, nur in den frischen Geschwüren des Darms, nicht in den drüsigen Organen; in dem anderen Falle, in welchem der Typhusprocess augenscheinlich bereits abgelaufen war, wurden sie vermisst. Positive Resultate wurden überhaupt von G. nur dann angenommen, wenn in einem der genannten inneren Organe mindestens ein charakteristischer Bacillenherd gefunden worden war. Auf den Befund von Bacillen in den erkrankten Darmpartien legt G. kein allzugroßes Gewicht, da es hier nicht selten außerordentlich schwierig ist, besonders im Stadium der Schorfbildung und der Ulceration, etwa vorhandene Typhusbacillen mit Sicherheit von anderen, fast regelmäßig hier vorkommenden Stäbchenformen zu unterscheiden.

Methode. Die Schnitte der in Alkohol gehärteten Organe wurden folgendermaßen behandelt:

Zunächst blieben sie 20—24 Stunden in einer tiefblauen undurchsichtigen Farbflüssigkeit, welche durch Eingießen von gesättigter alkoholischer Methylenblaulösung in destillirtes Wasser zu jeder Untersuchung frisch bereitet wurde. Dann wurden sie in destillirtem Wasser (ohne Säurezusatz) abgespült, in absolutem Alkohol gut entwässert, in Terpentinöl aufgehellt und in Kanadabalsam eingelegt. In so behandelten Präparaten marken sich namentlich die größeren Bacillenhaufen schon bei schwacher Vergrößerung derartig, dass man sie bei einiger Übung kaum übersehen kann. Zum Aufsuchen der Herde benutzte G. System AA und Ocular IV (Zeiss), zur weiteren Untersuchung der Herde homog. Immers. $^{1}/_{12}$, Ocul. II.

Was das Verhältnis der Zahl der gefundenen Herde zu dem Stadium des typhösen Processes betrifft, so bestätigt G. im Allgemeinen die Erfahrung Eberth's und Meyer's, dass die Bacillen um so zahlreicher sind, je frischer der Process ist. Wo ausnahmsweise in älteren Typhusfällen viele Bacillenherde nachweisbar waren, hat es sich, wie G. annimmt, meist um Nachschübe gehandelt.

Die Form und das Aussehen der Bacillen fand G. mit den Beschreibungen der oben genannten Autoren übereinstimmend. Sie sind etwa dreimal so lang wie breit; ihre Länge entspricht ungefähr dem Drittel des Durchmessers von rothen Blutkörperchen. An einzelnen Stellen sieht man auch längere Fäden, die sich jedoch meist aus einzelnen Gliedern zusammengesetzt erweisen (Scheinfäden). Geringe Breitendifferenzen kommen vor. Die Enden der Bacillen sind deutlich abgerundet. In mehreren Fällen hatten die in den inneren Organen gefundenen Bacillen unzweifelhafte Sporen, welche sich als runde, ungefärbt bleibende und die ganze Breite der Bacillen einnehmende Partien markirten; meist lagen sie randständig. Daneben kommen bisweilen auch ungefärbte kreisrunde oder elliptische, die Hälfte bis drei Viertel der Breite einnehmende Stellen vor, auf welche besonders C. Friedländer aufmerksam gemacht hat; nach G. sind dieselben jedoch keine Sporen, sondern nur Defekte in der Färbung bezw. Färbbarkeit der Bacillen, welche auf ungleichmäßigem Färbungsvermögen beruhen.

Im Allgemeinen stehen die Typhusbacillen, wie schon R. Koch gegenüber den Angaben Eberth's nachgewiesen hatte, hinsichtlich der Färbbarkeit anderen Mikroorganismen nicht nach. Außer mit Methylenblau färben sich dieselben sehr gut mit Methylviolett, Gentianaviolett, Bismarckbraun, Fuchsin und, wenn auch weniger gut, mit Hämatoxylin. Nur darf man die Farblösungen nicht zu verdünnt und nicht zu kurze Zeit anwenden; Erwärmen befördert die Färbung. Blaugefärbte Präparate blassen nicht selten ziemlich rasch ab; für Dauerpräparate eignen sich daher besser die braun gefärbten Schnitte. Durch Salpetersäure werden die Typhusbacillen, wie fast alle anderen Mikroorganismen — ausgenommen die Tuberkelbacillen — entfärbt.

Was die Untersuchung der Organe beim Typhus einigermaßen erschwert, ist der Umstand, dass die Bacillen nicht gleichmäßig im Körper verbreitet sind, sondern meist in Form kleiner gesonderter Kolonien in den Organen vor-

kommen. Die **Bacillenherde** stellen unregelmäßig begrenzte Haufen dar, welche sich namentlich an den Rändern leicht in die einzelnen Bacillen auflösen lassen. Eberth fand dieselben am zahlreichsten in den Mesenterialdrüsen, weniger zahlreich in der Milz, gar nicht in der Leber und den Nieren; in letzteren wurden sie dagegen von R. Koch und G. ohne Schwierigkeit nachgewiesen. G. fand sie in der Leber und der Milz bei Weitem zahlreicher, als in den Nieren, was nach ihm vielleicht darin seinen Grund hat, dass häufig einzelne Bacillen durch die Nieren ausgeschieden werden. Außer den genannten 26 Fällen mit positivem Befunde hat G. noch die Milz in 20 von 22 Fällen, die Leber in 13 Fällen ausnahmslos, die Nieren in 3 von 7 Fällen mit positivem Resultate untersucht. Wo es überhaupt zu entscheiden war, lagen die Herde stets in den Kapillaren, bezw. in den kleinsten Blutgefäßen, nicht selten das Lumen kleiner Kapillarbezirke vollständig ausfüllend. In größeren Blutgefäßen fanden sie sich nur selten. **Mikrokokkenherde** können neben Bacillenherden in inneren Organen gelegentlich vorkommen, bilden aber wohl stets nur eine zufällige und unwesentliche Komplikation. G fand sie in obigen 28 Fällen nur 1mal, allerdings ziemlich zahlreich, in den Mesenterialdrüsen (im Stadium der Ulceration der Follikel).

Die Züchtung der Typhusbacillen außerhalb des Körpers. Bekanntlich sind alle früheren Versuche, die Typhusorganismen künstlich zu züchten, entweder gescheitert, oder doch als nicht beweiskräftig anzusehen. Erst die Anwendung der von R. Koch eingeführten Methode, zu **Reinkulturen** an Stelle von Flüssigkeiten feste Nährsubstrate zu verwenden, ergab dem Verf. die erwünschten Resultate. Er entnahm aus einer frischen, noch keine Spur von Fäulnis zeigenden Milz einer Typhusleiche, unter sorgfältigen Kautelen (p. 386) mittels ausgeglühter Platinnadeln, kleine Mengen von Blut bezw. Milzsubstanz und übertrug sie in Form von Impfstrichen in erstarrte, auf sterilisirten Objektträgern ausgebreitete **Fleischwasser-Pepton-Gelatine.** Nach der Aussaat wurden die Objektträger in feucht gehaltenen Glasglocken bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Schon nach 24 Stunden zeigte sich in den Impfstrichen der Nährgelatine eine ganz leichte, weißliche Trübung, welche später an Intensität zunahm. Eine Verflüssigung der Gelatine fand nicht statt. Bei schwacher Vergrößerung (Zeiss AA, Ocular 4) ließ sich die Trübung in eine große Anzahl rundlicher, leicht granulirter Kolonien von gelbbräunlicher Farbe auflösen. Geringe Mengen hiervon wurden in destillirtem Wasser vertheilt und bei starker Vergrößerung untersucht; es ergab sich so, dass in allen Impfstrichen ausnahmslos in größter Anzahl wohlcharakterisirte Typhusbacillen zur Entwicklung gekommen waren. Dieselben bildeten theilweise längere **Scheinfäden,** an denen sich jedoch durch Färbung die Gliederung in Einzelbacillen nachweisen ließ; auffallend war ferner die **Eigenbewegung** der Stäbchen und Fäden.

Bereits am 4. Tage hatte die Kultur die Höhe ihrer Entwicklung erreicht und blieb von da ab für das bloße Auge unverändert. Die Grenze der Impfstriche wurde an der Oberfläche nur wenig, in der Tiefe gar nicht überschritten. Im Ganzen hat G. die soeben beschriebene Züchtung von Typhusbacillen aus der Milz in 13 **Fällen von Ileotyphus** ausgeführt. 11 von diesen Kulturen waren von vorn herein vollständig rein und bestanden ausschließlich aus denselben Bacillen; nur in zweien fanden sich neben den Typhusbacillen in den Impfstrichen Kolonien von Mikrokokken und eine die Gelatine verflüssigende Bacillenform; es gelang

jedoch auch in diesen beiden Fällen schon bei der nächsten Umzüchtung die Typhusbacillen in vollständiger Reinheit zu erhalten. In 10 von diesen 13 Fällen wurden die Kulturen durch fortlaufende, etwa alle 3 Wochen stattfindende Umzüchtungen über 1 Jahr hindurch fortgesetzt, ohne dass die Bacillen ihre Eigenschaften änderten.

Die Fortzüchtung geschah in Reagensgläschen, welche zu einem Drittel mit erstarrter Nährgelatine erfüllt, durch Wattepfröpfe verschlossen und sicher sterilisirt waren. Mit der Platinnadel wurde eine Spur der bisherigen Kultur durch Einstich in die Gelatine übertragen. Im Laufe der nächsten Tage bildete sich dann regelmäßig eine auf den Stichkanal beschränkte undurchsichtige Masse, welche sich an der Oberfläche innerhalb 6—8 Tagen in Form eines an Intensität allmählich zunehmenden grauweißen Belages bis zum Rande hin ausbreitete und ganz aus Typhusbacillen bestand.

Auch aus der Leber gelang die Züchtung in einem Falle, in welchem die mikroskopische Untersuchung fast im Stiche gelassen hatte. Vorzüglich gedeihen die Typhusbacillen auf Schnittflächen gekochter und sterilisirter Kartoffeln (p. 388), welche bekanntlich auch für andere pathogene Organismen — Milzbrandbacillen, Rotzbacillen, Erysipelmikrokokken — einen sehr günstigen Nährboden darbieten. Sie überziehen in feuchter Atmosphäre die Kartoffelfläche schon nach 48 Stunden mit einer zusammenhängenden, zarten Haut, welche mikroskopisch fast ganz aus (beweglichen) Typhusbacillen, zum Theil in Form von Scheinfäden, zusammengesetzt ist. Eigenthümlich ist diesen, wie den auf Gelatine gezüchteten Typhusbacillen, dass sie sich mit Anilinfarben nur mäßig färben. Gleichfalls gedeihen die Typhusbacillen auf und in erstarrtem Hammelblutserum, in flüssigem Blutserum, in Fleischinfus, endlich auch in einigen pflanzlichen Nährlösungen, z. B. Altheedekokt, Mohrrübensaft, im Saft roher Kartoffeln und im dünnen Brei zerquetschter Weizenkörner.

Sporenbildung. Bei den bisher beschriebenen Kulturen bei Zimmertemperatur konnte G. niemals Sporen beobachten. Wurden dagegen die besäten Kartoffeln bei Körpertemperatur (+37° C.) gehalten, so ließen sich regelmäßig am 3. bezw. 4. Tage in den Bacillen Sporen nachweisen. Dieselben stellten stark glänzende, runde Körperchen dar, welche die ganze Breite der Bacillen einnahmen, stets endständig waren und sich in Anilinfarben nicht färbten. In je einem Stäbchen fand sich nur eine gut entwickelte Spore, in zwei zusammenhängenden Bacillen nur an den entgegengesetzten Enden je 1 Spore. Nach längerem Stehen der Kultur findet man neben den sporentragenden Bacillen auch freie runde Sporen, welche sich durch ihre gleichmäßige Größe, ihr starkes Lichtbrechungsvermögen und ihr Unvermögen Anilinfarbstoffe aufzunehmen charakterisiren. Mit Benutzung der d'Arsonval'schen Thermostaten (welche es ermöglichen, Wochen lang genau eine und dieselbe Temperatur zur Verfügung zu haben) konnte G. nachweisen, dass die Sporenbildung am ausgiebigsten erfolgt bei einer Temperatur zwischen 30 und 40° C., und zwar sowohl auf Kartoffelscheiben, als

auch in Nährgelatine und in erstarrtem Blutserum; unter 25° und über 42° C. kommt Sporenbildung nur noch spärlich und langsam zu Stande. Immerhin bilden die Bacillen bei einer Temperatur (+ 20° C.), wie sie im Sommer auch in kälteren Gegenden vorkommt, noch unzweifelhaft Sporen.

Die Versuche, die Typhusbacillen auch aus den Stuhlgängen und dem Blute von Typhuskranken zu züchten, blieben erfolglos.

Thierinfektionsversuche. Die früheren, von verschiedenen Forschern nach dieser Richtung hin angestellten Versuche haben bekanntlich, abgesehen von wenigen, durchaus anfechtbaren positiven Resultaten, ergeben, dass es bis heute nicht gelungen ist, bei Thieren einen mit dem Abdominaltyphus des Menschen identischen Krankheitsprocess zu erzeugen. Auch G.'s Versuche ändern an dieser Thatsache nichts. Es wurden 5 Java-Affen, 16 Kaninchen, 13 Meerschweinchen, 7 Ratten, 11 Mäuse, 4 Feldmäuse, 2 Tauben, 1 Huhn und 1 Kalb mit sporenhaltigen Reinkulturen von Typhusbacillen theils durch tägliche Fütterung, theils durch Injektion in die Bauchhöhle oder direkt in die Blutbahn (V. brachialis) inficirt. Sämmtliche Thiere überstanden den Eingriff ohne Nachtheil; bei einigen Thieren (Affen, Kalb), welche später an Tuberkulose starben oder getödtet wurden, fanden sich keinerlei Veränderungen, welche auf einen überstandenen typhösen Process gedeutet hätten. Es scheint somit vor der Hand die Aussicht gering, auf dem Wege des Thierexperiments zur völligen Klarlegung der Typhusätiologie zu gelangen.

Die am Schlusse ausgeführten, auf vorstehende Untersuchungen gestützten theoretischen Erörterungen über die Typhusätiologie mögen im Original (p. 395—403) nachgelesen werden.

A. Hiller (Breslau).

---

7. **Flinzer.** Eine Fleischvergiftung.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1884. No. 2.)

Nach dem Genuss des Fleisches einer puerperal erkrankten Kuh erkrankten im Dorfe Gernsdorf eine größere Anzahl von Personen ziemlich gleichzeitig unter den Erscheinungen eines heftigen Magen-Darmkatarrhs: Erbrechen, Durchfall, Fieber, Kopfschmerz, Mattigkeit, der in den schwersten Fällen über 4 Tage andauerte; in einem Fall, bei einem 6jährigen Knaben, bestand längere Zeit Bewusstlosigkeit mit zweimal täglich sich einstellenden allgemeinen Krämpfen. Alle Erkrankten hatten das Fleisch roh gegessen; Personen, die es gekocht genossen hatten, blieben gesund. In vereinzelten Fällen blieb auch der Genuss des rohen Fleisches ohne Folgen.

Strassmann (Berlin).

---

8. **Möbius.** Über nervöse Verdauungsschwäche des Darmes.

(Erlenmeyer's Centralblatt 1884. No. 1.)

Verf. empfiehlt eine bei nervös Erschöpften und Neurasthenischen zur Beobachtung kommende Verdauungsschwäche des Darmes der Beachtung. Dieselbe äußert sich darin, dass bei durchaus normaler Magenverdauung und reichlicher Nahrungszufuhr keine Besserung des Ernährungszustandes eintritt in Folge von gesteigerter Abfuhr (Vermehrung der täglichen Stühle) und einer ungenügenden Resorption (bedingt durch geschwächte aktive Zellenthätigkeit?). Die Erscheinung

ist nur ein Ausdruck des Allgemeinbefindens und schwindet, wenn das letztere sich entschieden bessert. **Thomsen** (Berlin).

---

9. **Lüning.** Die Laryngo- und Tracheostenosen im Verlaufe des Abdominaltyphus und ihre chirurgische Behandlung.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2. p. 225—341.)

Die vorliegende Arbeit, welche bei Weitem mehr bringt, als die Überschrift erwarten lässt, nämlich einen Überblick über sämmtliche im Verlauf des Abdominaltyphus überhaupt zu beobachtende Larynxaffektionen, verdient vollste Anerkennung. Dem geschichtlichen, die Abhandlung eröffnenden Theil, bezüglich dessen auf das Original verwiesen sei, folgt ein Abschnitt, in welchem L. das Vorkommen von Larynxerkrankungen beim Abdominaltyphus, worüber die Angaben sehr variiren, bespricht und an der Hand eines großen, verschiedenen Beobachtern entstammenden Sektionsmaterials zu dem Resultat gelangt, dass Larynxkomplikationen in etwa einem Zehntel aller Sektionen zu finden sind; dabei handelt es sich etwa bei 1 % der Fälle um diphtherische Affektionen; Ulcerationen ohne Ergriffensein des Knorpels und solche mit Bloßlegung desselben, sammt Folgezuständen (Perichondritis) sind ungefähr gleich häufig und kommen je in ca. 5 % der Sektionen vor. Im Übrigen ist die Häufigkeit nicht in allen Ländern und bei allen Epidemien die gleiche und es scheint die Häufigkeit schwerer Laryngostenosen mit höherer Typhusmortalität ziemlich auffallend zusammenzutreffen. Bezüglich der pathologischen Anatomie (III) acceptirt L. den Standpunkt Eppinger's, welcher für die Genese der ulcerativen Processe im Larynx von Typhuskranken die mykotische Epithelialnekrose und das typhöse Infiltrat annimmt und als gesonderte Processe die krupös-diphtherischen Affektionen hinstellt, die in eine typhös-mykotische und septisch-mykotische geschieden sind. In dem vierten Abschnitt werden die Formen und der Sitz der zur Laryngostenose führenden Erkrankungen im Typhus erörtert, wobei sich L. auf 115 Sektionsbefunde von Larynxkomplikationen stützt; dieselben vertheilen sich auf Ödem an den einzelnen, auch sonst mit Vorliebe von Ödem befallenen Partien des Larynx (9mal), phlegmonös-submucöse Processe (4mal), Ulceration der Weichtheile (7mal), bis auf den Knorpel dringende Geschwüre (2mal), perichondrale Processe ohne Nekrose (7mal), Perichondritis mit Nekrose (59mal), Gangrän (4mal), Krup und Diphtherie (17mal), Posticuslähmung durch Eiterung um die Nn. recurrentes (1mal), Kompressionsstenose durch Strumitis (3mal), durch äußere Abscesse (2mal).

Die einzelnen Processe werden nun eingehend besprochen; indem bezüglich der Details auf das Original verwiesen wird, sei hier nur hervorgehoben, dass L. die Perichondritis laryngea nur in seltenen Fällen für eine primäre hält, und ihren Ursprung der Mehrzahl nach auf schon bestehende Typhusgeschwüre zurückführt; die Begründung

dieser Auffassung s. Original. Unter den 59 Fällen von Perichondritis mit Knorpelnekrose ist der Ringknorpel bei Weitem am häufigsten betroffen, 22mal, es folgt der Ring- und Arytaenknorpel 14mal, Arytaenknorpel allein 9mal, Schild- und Ringknorpel 5mal, Schild-, Ring- und Arytaenknorpel 3mal, Schildknorpel 2mal, bei 4 Fällen fehlen genauere Angaben. Eine vorherige Verknöcherung der Larynxknorpel bei der Knorpelnekrose im Typhus wird — wenn auch selten — beobachtet. Die im Verlauf des Typhus an Larynx und Trachea auftretenden krupös-diphtherischen Processe hält auch L. für identisch mit der gewöhnlichen Larynxdiphtherie; die sämmtlichen, hierher gehörigen Fälle, über welche L. berichtet, sind letal verlaufen.

Im Abschnitt V führt L. die von verschiedenen Autoren klinisch beobachtete Frequenz von typhösen Larynxerkrankungen an, worüber gleichfalls differirende Angaben vorliegen, und giebt am Schluss dieses Kapitels eine Übersicht über die Fälle von Larynxstenose, welche im Verlauf von 12 Jahren an 2200 im Züricher Spital behandelten Typhuspat. zur Tracheotomie Veranlassung gegeben haben (14 Fälle, von denen nur 4 geheilt). In einer weiteren Tabelle, Abschnitt VI (Alter und Geschlecht), wird gezeigt, dass sich die Hauptmasse der Fälle auf die Periode vom 15. bis 30. Jahre zusammendrängt und dass Männer 4mal häufiger befallen werden als Frauen; eine Erklärung für diesen letzteren Punkt fehlt nach L. Für das Zustandekommen der typhösen Larynxaffektionen (Abschnitt VII, Ätiologie), abgesehen von Diphtherie, Posticuslähmung, nimmt L., indem er hinsichtlich der Lokalisation auf die ältere traumatische Theorie der Entstehung der Typhusgeschwüre zurückgeht, eine Infektion der Larynxschleimhaut an, ohne sich über die Quelle der Infektion bestimmt zu äußern. »Vieles hat die Annahme einer Infektion durch Sekret für sich, das entweder aus Mundhöhle und Pharynx oder aus Lungen stammend den durch obige traumatische Momente günstig vorbereiteten Boden trifft.« Im Abschnitt VIII werden die Symptome, der Verlauf und die Diagnose der ulcerösen (perichondritischen) und diphtherischen zur Laryngostenose führenden Erscheinungen besprochen und dabei namentlich auf die bei im Stupor befindlichen Kranken selbst dem sorgfältigsten Beobachter bisweilen entgehenden initialen Erscheinungen, so wie auf das meist späte Auftreten der ulcerös-perichondritischen Processe (gewöhnlich nicht vor der 4. Woche) hingewiesen; im Gegensatz hierzu ist der Beginn der diphtherischen Larynxaffektionen in die 2. bis 3. Woche des Typhus zu verlegen. Die Prognose (IX) der letzteren ist ausnahmslos letal, der ulcerös-perichondritischen Processe quoad vitam verschieden. Die Chancen für ein Überstehen der Komplikationen ohne Tracheotomie äußerst gering. Von 147 der aus diesem Grunde der Tracheotomie unterworfenen Pat. starben 77, von den 70 Geheilten beziehen sich 64 Fälle auf Tracheotomie wegen Perichondritis; bezüglich des Resultats quoad functionem fehlen bei 4 die Angaben; von den restirenden 60 konnten nur 11 von der Kanüle befreit werden. Den Schluss der Arbeit (X, XI, XII) widmet

L. der Therapie, bei welcher nur selten die Eröffnung der Luftwege umgangen werden kann. Es kommt demgemäß für die akut auftretenden, sich im Anschluss an die Eingangs beschriebenen Pocesse entwickelnden Laryngostenosen die Tracheotomie in Betracht und hierbei werden die Indikationen für den Zeitpunkt und die Art und Weise der Ausführung sorgfältig angegeben; die schwierigste und hinsichtlich ihrer Resultate am wenigsten von Erfolg gekrönte Aufgabe bildet die Beseitigung der nach jenen Processen zurückbleibenden laryngo-trachealen Strikturen, bezüglich deren Therapie die jetzt für die Behandlung dieser Zustände namentlich durch Schrötter eingeführten Grundsätze gelten. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

10. **Langreuter.** Über Paraldehyd- und Acetalwirkung bei Geisteskranken.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XV. Hft. 1.)

Verf. wandte das Paraldehyd in 210 Fällen (148 Abenddosen, 62 Tagesdosen) mit günstigem Erfolg in 82% an. Das Medikament wurde in einer Lösung von Paraldehyd 50,0 auf Ol. olivar 76,0 mit Ol. menth. pip. gtt. X gereicht und zwar durchschnittlich jedes Mal ein Esslöffel der Lösung, d. h. 6,0 Paraldehyd.

Die Resultate der Beobachtungen sind folgende:

Das Paraldehyd ist ein ziemlich zuverlässiges Schlafmittel, es wirkt sicher besonders bei Kranken, deren Bewusstsein getrübt ist (Angstzustände der Epileptischen, paralytische Aufregungsstadien) und bei Ruhe in der Umgebung. Die mittlere wirksame Dosis ist 5—6 g, der Schlaf tritt meist schon in 5—10 Minuten ein, dauert wenigstens 2, Nachts meist 5—7 Stunden.

Nachtheilige Wirkungen auf das Herz wurden nicht beobachtet, eben so wenig Vergiftungserscheinungen bei längerem Gebrauch.

Die Wirkung ist eine ca. dreimal schwächere, als die des Chlorals, ein Nachtheil ist der unangenehme brennende Geschmack, den Verf. am besten durch die koncentrirte ölige Lösung beseitigt zu haben glaubt.

Das Acetal wirkt ähnlich wie das Paraldehyd (Dosis: 8—10 g), ist aber unzuverlässiger und hat unerwünschte Nebenwirkungen, wird daher vom Verf. verworfen.

Verf. belegt seine Ansicht über den Werth des Paraldehyd durch mitgetheilte Krankengeschichten und Beobachtungsreihen.

Thomsen (Berlin).

---

11. **D. M. Cammann.** Milkdiet in childhood.

(New York med. journ. 1884. p. 347.)

Kann bei Kindern unter 8 Jahren das Fleisch aus der Nahrung wegbleiben und mit Vortheil durch Milch ersetzt werden? Das ist die Frage, die Verf. sich stellte.

In den letzten 20 Jahren wurde in einem großen New Yorker Waisenhause bei Kindern unter 8 Jahren das Fleisch aus dem Diätzettel gestrichen, dafür aber sehr viel pflanzliche Nahrung und Milch gereicht. Ein genauer Sommer- und do. Winterspeisezettel für je eine Woche wird mitgetheilt. C. theilt dann die ärztlichen Rapporte von 1859—1882 mit, aus denen recht günstige Morbiditäts- und ganz (für ein Waisenhaus) ungewöhnlich gute Mortalitätsziffern sich ergeben. Auffallend ist die Seltenheit von Erkrankungen des Digestionsapparates. In den 25 Jahren wurde nur je ein Todesfall an Dysenterie und einer an Cholera infantum notirt und diese kamen 1865 vor, wo Fleisch wieder für kurze Zeit im Diätzettel figurirte. In diesem Jahre kamen an 300% mehr Erkrankungen des Digestionsapparates vor als im Vorjahre. Bemerkenswerth ist auch der hohe Procentsatz an Heilungen von Infektionskrankheiten. Mehr als einmal hat Scharlachfieber zahlreiche Kinder ergriffen und doch sind in einem Vierteljahrhundert nur zwei Kinder daran gestorben. Das Aussehen und die allgemeine Gesundheit der Kinder sind »exceptionally good«.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

12. **Le Gendre.** Les Bromures.

(Progr. méd. 1884. No. 5.)

Verf. handelt die Indikationen für die Darreichung der Brompräparate im Kindesalter ab. Er selbst beschränkt sich auf die Kaliumverbindung, welche er im ersten Jahre in einer Tagesdose von 2mal 0,2 mit der Milch, im zweiten von 2mal 0,4 geben lässt, während er im 3. Jahre bereits bis zu 4,0 und im 12. Jahre bis zu 12,0 pro die ordinirt. Rücksichtlich der physiologischen Wirkung des Mittels wird im Wesentlichen Bekanntes reproducirt.

Mit ausgesprochenem Nutzen reichte Verf. das Bromkalium zunächst gegen die eklamptischen Manifestationen der cerebralen Irritabilität, wie sie bei Kindern neuropathischer, alkoholistischer und syphilitischer Eltern auftritt und in kongestiven Zuständen des Gehirns begründet ist. Hier ist das Medikament in der genannten Dose in Zeiträumen von 4—5 Tagen mit gleich langen Intervallen zu geben. Die wahre Epilepsie erfordert große, schnell gesteigerte Gaben und eine Fortnahme für mehre Wochen nach dem Schweigen der Anfälle, unter Umständen eine alternirende Darreichung von Atropin, Arsenik, Strychnin. Für die reine Kindereklampsie ist eine Kombination des Bromkaliums mit Chloralhydrat (das wohl die Hauptwirkung übernimmt, Ref.), Bädern und Abführmittel am Platze.

Hingegen hat sich die Bromtherapie bei Hysterie und Chorea als eine unsichere erwiesen. Endlich ist sie, wenn auch nicht konstant wirkend, indicirt bei zwei Wachsthumskrankheiten, nämlich der bekannten Kindermigräne in den letzten Jahren des ersten Decenniums und der als Präkordialkonstriktion und Palpitationen sich äußernden Herzirritation bei Knaben von 14 und 15 Jahren bei Abwesenheit von Klappenerkrankungen.

Vielfach werden auch die Hautaffektionen nervösen Ursprungs (Pemphigus, Prurigo etc.) durch Brom günstig beeinflusst.

Die lokale Anwendung des Mittels gegen Diphtherie ist nutzlos.

Fürbringer (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

13. H. Tomkins. Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie, nebst Bemerkungen über den pathologischen Befund von J. Dreschfeld.

(Lancet 1884. I. p. 607.)

In dem von T. genau mitgetheilten Falle von akuter gelber Leberatrophie wurde ½ Stunde nach dem Tode die Sektion gemacht. D. fand in den rothen (weniger veränderten resp. frischer erkrankten) Partien der Leber außer dem bekannten anatomischen Befunde die Arterien und Kapillaren mit Kokken erfüllt, welche sich nach den gebräuchlichen Methoden färben ließen, in Essigsäure die Farbe nicht abgaben und größer als die der gewöhnlichen septischen Infektion waren. In den hochgradig veränderten gelben Partien wurden nur sehr wenige zerstreut liegende Kokken gefunden. Im ersteren Falle lagen die kokkenerfüllten Gefäße meist in der Peripherie des Lobulus und in den Interlobularspalten.

Edinger (Frankfurt a/M.).

14. Henry D. Chapin. A case of sudden death from pressure on an inflamed pneumo-gastric nerve.

(New York med. journ. 1884. I. p. 294.)

Ein Kind von 2 Jahren 11 Monaten wurde wegen leichten Hüstelns zur Poliklinik gebracht. Vollkommen negativer physikalischer Befund. Keine Spur von Dyspnoe. Bei jeder Inspiration ein deutliches Stenosengeräusch. Der Husten nahm bald ab, das Geräusch blieb bestehen. Keine Spur von Sprach- oder Schluckstörung. Eines Tages, das Kind schien damals bis auf das mäßige Geräusch ganz wohl, bekam es einen plötzlichen Anfall von Dyspnoe und starb darin.

Die Autopsie ergab einen Abscesssack, der vom Körper des ersten und zweiten Brustwirbels ausging und dem vorn der rechte Vagus auflag: dieser war wieder von vorn her durch eine käsige Bronchialdrüse an die Abscesswand angepresst und neben der Kompressionsstelle geschwollen; mikroskopisch fand sich (Prof. Welsch) interstitielle Neuritis.

Außerdem wurde Miliartuberkulose der Lungen und der Trachea gefunden.

Edinger (Frankfurt a/M.).

15. Frend. Ein Fall von Hirnblutung mit indirekten basalen Herdsymptomen bei Skorbut.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 9 u. 10.)

Bei einem 15jährigen Menschen mit klassischem Skorkut stellten sich nach 12stündigem Koma außer Reizerscheinungen (Unruhe, Trismus, Nackenstarre) Basalsymptome ein: linksseitige Oculomotorius- und Facialisparese, konjugirte Derivation nach links, Kontraktur der linksseitigen Extremitäten. Die Kontraktur ging zunächst auf die andere Seite über, machte dann einer Paralyse Platz, unter allgemeiner Resolution obiger Symptome trat noch im Laufe desselben Tages der Tod ein. Die Temperatur stieg allmählich bis 39,5 — keine Konvulsionen, wohl aber »traumhafte« koordinirte Bewegungen. Verhalten der Reflexe wechselnd. Die Sektion ergab eine dünne Oberflächenblutung über der linken Hemisphäre, besonders in der Gegend des unteren Scheitelläppchens und eine enorme Schwellung der ganzen Hemisphäre, bedingt durch zahlreiche kapilläre, das ganze linke untere Scheitelläppchen von der Rinde bis zum Ventrikel durchsetzende Extravasate. Linker Oculomotorius und Hirnschenkel plattgedrückt.

Verf. weist die Annahme, dass es sich um Herderscheinungen im engeren

Sinne, bedingt durch Läsion des Scheitelläppchens, gehandelt habe, zurück und erklärt die Symptome durch Fernwirkung aus einer Kompression der Basaltheile durch die enorm geschwollene Hemisphäre. **Thomsen** (Berlin).

16. **P. Plyaud.** Etude des reflexes tendineux dans la fièvre typhoïde.
Thèse de Paris 1883.

Autor untersuchte kranke und rekonvalescente Typhöse in Bezug auf ihre Sehnenreflexe. Gleich Strümpell und Ballet findet P. dieses Phänomen erhöht und konstatirt bloß dieses Faktum ohne irgend wie zu untersuchen, was die Ursache dieser erhöhten Rückenmarkserregbarkeit sein mag. Das typhöse Gift, die erhöhte Temperatur, die Anämie sind wohl nicht ganz ohne Einfluss auf das Rückenmark. Wie und was für eine Veränderung dabei dasselbe erleidet, lässt Autor wohlweislich ganz bei Seite. **Marcus** (Paris).

17. **F. Falk.** Über einen Fall von Kohlenoxydvergiftung.
(Vierteljahrsschrift für ger. Medicin 1884. Hft. 2.)

Der mitgetheilte Fall ist desshalb von Interesse, weil er eine Schwangere betrifft und die Frucht, im Gegensatz zu einem früher von Liman beschriebenen Fall kein Kohlenoxyd aufgenommen hatte.

Eine 42jährige Arbeiterfrau wurde nebst ihrem 1½ Jahre alten Sohn in ihrem Wohngemach todt aufgefunden; in beiden Leichen fanden sich die gewöhnlichen anatomischen Befunde letaler Kohlenoxydvergiftung: Röthung der Hautdecken, helle schöne Tingirung der Körpermuskulatur und der Schnittfläche parenchymatöser Organe und endlich das charakteristische Verhalten des Blutes. Hingegen zeigte die innerhalb des Uterus liegende 8monatliche Frucht die gewöhnliche dunkle Farbe des Bluts und der Organe, und die Hoppe'sche Probe, wie die spektroskopische Untersuchung ergaben die Abwesenheit von Kohlenoxyd. Veranlasst durch diesen Fall hat der Verf. Versuche an Meerschweinchen angestellt, derart, dass er gewöhnliches, defibrinirtes Blut kurz vor oder bald nach Beginn einer Leuchtgasvergiftung in die Bauchhöhle injicirte. Nach dem Tode zeigte sich in den meisten Fällen im Gegensatz zu dem in den Gefäßen des Thieres enthaltenen kohlenoxydhaltigen Blut, das injicirte Kohlenoxyd frei; nur in einigen Fällen, in denen die Vergiftung einen protrahirten Verlauf aufwies, oder in denen geringere Blutmengen injicirt worden waren, war das Kohlenoxyd diffundirt. Es ließe sich danach annehmen, dass nur bei langsamem Verlauf der Vergiftung der Fötus Kohlenoxyd aufnehmen wird, und dass dies eher in früheren, als späteren Monaten der Schwangerschaft geschehen wird. **Strassmann** (Berlin).

18. **Krause.** Ein Fall von beginnender Pharynxtuberkulose.
(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 11.)

K. stellte in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 20. Februar d. J. einen 21jährigen Kommis vor, welcher seit letztem Weihnachten an Schlingbeschwerden und seit 3½ Wochen an Heiserkeit litt; die physikalische Untersuchung der Brust ergab phthisische Veränderungen in beiden Lungen, im Larynx Ulcerationen der Epiglottis und der hinteren Wand. Im Rachen zeigt die Schleimhaut verschiedener Stellen und besonders die der Uvula das Bild der tuberkulösen Infiltration mit nur hier und da bemerkbarer Geschwürsbildung. Auf Tuberkelbacillen ist im vorliegenden Fall nicht untersucht worden, »weil sich kein genügendes Material von irgend einer nennenswerthen Geschwürsfläche bot«, K. hält übrigens diesen Nachweis in seinem Falle mit Rücksicht auf das absolut charakteristische Aussehen der Schleimhaut für überflüssig. Ein paar kurze prognostische und therapeutische Bemerkungen bilden den Schluss des Vortrags.
Eugen Fraenkel (Hamburg).

19. **Rehn.** Über die Exstirpation des Kropfes bei Morbus Basedowii.
(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 11.)

R. hat, ausgehend von der Ansicht, dass in manchen Fällen von »Wucherungen und Veränderungen« der Schilddrüse aus Störungen hervorgerufen werden,

welche das Bild des Morbus Basedowii oder einzelne Symptome desselben aufweisen, sich dazu entschlossen, bei einigen, mit derartigen, an das Bild der Basedow'schen Krankheit erinnernden Erscheinungen behafteten Pat. die vergrößerte Schilddrüse zu exstirpiren und zwar mit gutem Erfolg. Zur Illustration werden 4 Krankengeschichten angeführt, von denen bei No. 1 die Annahme eines bestehenden Morb. Bas. von R. selbst zurückgewiesen wird. Der 38jährige Pat. litt an einer cystischen Struma, welche geöffnet und drainirt wurde, so dass nach $3^1/_2$ Wochen der Pat. mit einer kleinen Fistel an der rechten Seite des Halses entlassen werden konnte. Eine Woche später Anfälle von Herzklopfen, Athemnoth, Beängstigung, zu denen sich später Pulsbeschleunigung, Schwindel, Pupillenerweiterung gesellte. Sämmtliche Erscheinungen schwanden, nachdem die Fistel dilatirt und nekrotische Kapselreste entfernt waren. Der zweite Fall betrifft eine 22jährige Dienstmagd mit den Erscheinungen des Morb. Bas. (die Bulbi waren leicht prominent), bei welcher, nachdem sich medikamentöse Therapie als machtlos erwiesen hatte, die Struma exstirpirt wurde. Die Pat. ist, nachdem jetzt $1^1/_2$ Jahre seit der Operation verflossen sind, blühend und arbeitsfähig. Analoge Verhältnisse lagen in einem dritten Falle bei einer 36jährigen von stark nervösen und dyspnoetischen Erscheinungen gequälten Dame mit Struma, Tachykardie und etwas prominenten Bulbis vor; auch hier schwanden nach Exstirpation der Struma sämmtliche angeführte Symptome. Im Fall 4, wo nur Struma und Herzpalpitationen bestanden, während Exophthalmus fehlte, ist der Effekt der Strumaexstirpation kein vollständiger gewesen. »Pat. hat noch heutigen Tages zuweilen leichte Anfälle von Kopfschmerzen.« Ref. hat aus den mitgetheilten Krankengeschichten nicht die Überzeugung gewinnen können, dass echte Fälle von Basedow'scher Krankheit vorlagen, immerhin sind die mitgetheilten Thatsachen bei einem der Therapie so wenig zugängigen Leiden, wie der Morb. Bas. durchaus der Beachtung werth.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

20. A. Brodeur. Epithéliome de la vessie.

(Progr. méd. 1884. No. 2.)

Ein 53jähriger Mann, dessen Vater am Magen-, dessen Mutter am Gebärmutterkrebs zu Grunde gegangen, hatte vor 29 Jahren nach einem Excess in venere eine vorübergehende Hämaturie erlitten und vor $1^1/_2$ Jahren wieder zum ersten Male bei Gelegenheit eines Klysmas sanguinolenten Harn bemerkt. Zu dem stärker und stärker werdenden Blutgehalt des Urins gesellen sich allmählich Damm- und Urethralschmerzen, und schließlich erregt jede Harnentleerung heftigste Schmerzen, als ob ein glühender Draht durch die Harnröhre führe. Progressive Kachexie. Die objektive Untersuchung ergiebt oberhalb der Symphyse einen palpablen Tumor; vom Mastdarm aus fühlt man über der Prostata, besonders linkerseits, eine voluminöse, nach oben nicht abgrenzbare Geschwulst. Der Blutgerinnsel führende Harn bietet den Geruch faulen Fleisches dar (über die Beschaffenheit des Sedimentes wird nichts mitgetheilt), und die Sonde stößt auf mit Granulationen besetzte Flächen. Bei Druck auf Abdomen und Perineum unwillkürliche Harnentleerung. Nirgends Drüsenschwellungen. Mäßiges Fieber. Tod in tiefster Kachexie.

Die Sektion ergiebt interstitielle Nephritis, im Bereich der rechten Niere außerdem zahlreiche miliare Abscesse. Die Harnleiter dilatirt; das Lumen des linken durch Neubildungsinfiltration der Wand verengt. Die vordere linke Blasenwand 3 cm mächtig, von Neubildungsmasse durchsetzt, im Centrum des infiltrirten Bezirks eine umfängliche Ulceration, einige kleinere im Bereich der hinteren Blasenwand. Prostata leicht hypertrophisch, sonst unversehrt, also ein primäres Neoplasma (und zwar nach Ausweis des Mikroskopes cylindrocelluläres Epitheliom) der Blase. Verdächtige Lymphdrüsen konnten trotz minutiösester Nachschau nirgends aufgefunden werden.

Fürbringer (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 24. **Sonnabend, den 14. Juni.** **1884.**

1. **Immanuel Munk.** Zur Lehre von der Resorption, Bildung und Ablagerung der Fette im Thierkörper.

(Virchow's Archiv 1884. Bd. XCV.)

In früheren Arbeiten hatte M. gezeigt, dass die Fettsäuren in ähnlicher Weise wie die Fette selbst emulgirbar sind und mit der Nahrung in den Darmkanal eingeführt als Sparmittel für den Eiweißverbrauch im Körper denselben Werth besitzen wie die ihnen äquivalente Menge Neutralfett. Die andere Komponente des Fettes, das Glycerin, ist, wie Versuche an Hunden zeigten, ohne sichtbaren Einfluss auf den Stoffwechsel. M. machte ferner die sehr interessante Beobachtung, dass sich nach Fütterung mit Fettsäuren im Chylus in überwiegender Menge Neutralfett findet. Er schloss hieraus, dass die Fettsäuren auf ihrem Wege von der Darmhöhle bis zum Ductus thoracicus einer Umwandlung zu Neutralfett, also einer Synthese unterliegen. Hiergegen hatte Voit den Einwand erhoben: das Fett im Chylus stamme nicht aus den gefütterten Fettsäuren, sondern aus dem Eiweiß der Nahrung, und die Vermehrung des Fettes nach Fütterung mit Fettsäuren könne man so erklären, dass die in der Nahrung aufgenommenen leicht verbrennlichen Stoffe (Fettsäuren) das

aus dem Eiweiß abgespaltene Fett vor weiterer Zersetzung schützen. Es musste desshalb der direkte Beweis geliefert werden, dass die mit der Nahrung gefütterten Fettsäuren in Neutralfett umgewandelt wirklich in den Chylus übertreten und weiterhin in den Fettdepots des Organismus zur Ablagerung gelangen. Die Frage, woher das Fett im Organismus stamme, ob aus dem Nahrungsfett, dem Eiweiß oder Kohlehydraten, darüber liegen eine Reihe bekannter Arbeiten vor. Dass das Fett der Nahrung direkt in Gewebsfett übergehen kann, dieser von Radziejewsky und Subbatin vergeblich erstrebte Nachweis ist neuerdings von Lebedeff im Laboratorium des Prof. E. Salkowski vollständig geglückt. Nach längere Zeit hindurch fortgesetzter Fütterung von, dem Hundeorganismus heterogenen Fett, Leinöl bezw. Hammelfett fand sich im Unterhautfettgewebe, in den Muskeln und inneren Organen ein Fett abgelagert, das in seinem chemischen Verhalten mit Leinöl sehr nahe übereinstimmte bezw. mit Hammelfett die größte Ähnlichkeit hatte. M. führt einen analogen Versuch an, in welchem es ihm sogar gelang, die in dem Erucin des gefütterten Rüböls als Triglycerid enthaltene Erucasäure aus dem Fette des Versuchsthieres darzustellen.

Diese Beobachtungen veranlassten M. nachzusehen, ob auch ein Gemenge von Fettsäuren, das man aus einem dem betreffenden Organismus fremden Fette gewonnen, doch in diesen übergehen und als entsprechendes Fett zur Ablagerung gelangen könne.

M. fütterte zu diesem Zweck einen Hund mit den aus Hammeltalg dargestellten Fettsäuren. Obwohl dieselben erst über 50° C. schmelzen, werden dieselben doch im Darmkanal des Hundes auffallend gut verwerthet. Ein Stoffwechselversuch lehrte weiterhin, dass auch diese erst weit über Körpertemperatur schmelzenden Fettsäuren des Hammeltalgs als Schutz- und Sparmittel für den Eiweißumsatz, wenn auch nicht genau so viel, so doch nur unerheblich weniger als die äquivalente Menge Hammeltalg leisten. Und endlich fand M., dass, wenn er einen Hund durch langes Hungern seines Fettes möglichst vollständig beraubt und ihn dann längere Zeit mit wenig Fleisch und möglichst viel Fettsäuren aus Hammeltalg fütterte, die Gewebe des Körpers ein Fett enthielten, welches seiner Zusammensetzung nach einem Gemisch von 3 Theilen Hammel- und 1 Theil Hundefett entspricht.

»Sonach ist mit wünschenswerther Schärfe die Synthese der Fettsäuren im thierischen Organismus zu Neutralfett und die Ablagerung des so gebildeten Fettes am Thierkörper nachgewiesen.« Als den Ort, wo die Synthese stattfindet, betrachtet M., gestützt auf die Beobachtungen von Zawarykin und C. A. Ewald, die Darmschleimhaut, beziehentlich die Lymphzellen, welche nach ersterem Autor fettfrei aus dem adenoiden Gewebe der Darmschleimhaut sich nach der freien Zottenoberfläche bewegen, dort die Fette (und nach M. eben so die Fettsäuren) aufnehmen und, mit Fett erfüllt, in das Zellenparenchym zurückkehren und in den Chylus gelangen sollen.

Das in der Nahrung eingeführte Fett enthält für gewöhnlich so gut wie keine freien Fettsäuren. Um nun aber zu sehen, wie viel von diesem Fett im Darmkanal in Fettsäuren zerlegt wird, welche Bedeutung also den obigen Untersuchungen für die normale Fettresorption zukommt, bestimmte M. das Verhältnis zwischen Neutralfett und Fettsäuren im Darm. Er fand, dass bei Verdauung von Neutralfett rund 12% der gesammten im Dünndarminhalt enthaltenen Fettkörper aus freien Fettsäuren bestehen. Es stimmt dies zu älteren Beobachtungen von Hoppe-Seyler, wonach »die Zerlegung der Fette durch Pankreassekret bei der Verdauung dieser Nährstoffe in viel größerem Umfange stattfindet, als man noch im Allgemeinen anzunehmen geneigt scheint«. Es steht dies ferner im Einklang damit, dass die nicht resorbirten Fettkörper in den Fäces sowohl beim gesunden Hund, als auch, wie Röhmann fand, bei Hunden mit Gallenfistel zum kleinsten Theil aus Neutralfett, zum weitaus größten aus Fettsäuren bestehen. Letztere Angabe steht zwar im Widerspruch mit der Ansicht von Voit (zu welcher derselbe ebenfalls gelegentlich seiner Untersuchungen an Hunden mit Gallenfisteln gelangte), »wonach für gewöhnlich der weitaus größte Theil des Fettes im Darmkanal als Neutralfett resorbirt wird«, Voit selber scheint aber, wie sich aus den Mittheilungen von M. ergiebt, geneigt, seine diesbezüglichen Angaben zu modificiren.

M. gelangt so zu dem Schluss, »dass ein beträchtlicher Theil des Nahrungsfettes im Darm in Fettsäuren und Glycerin gespalten wird und dass von den so abgespaltenen Fettsäuren eine mindestens den achten Theil des Gesammtfettes betragende Quantität in Form freier Fettsäuren zur Resorption gelangt, welch letztere dann weiterhin im Körper zu Neutralfett regenerirt werden«.

Es folgt noch eine Polemik gegen Lebedeff. Aus derselben sei nur hervorgehoben, dass die Leber nicht nur nach Fütterung mit Fettsäuren, wie Lebedeff fand, sondern auch nach Fütterung mit Fetten 5—10% des gesammten darin vorfindlichen Neutralfettes an freien Fettsäuren enthält, eine in mehrfacher Beziehung bemerkenswerthe Beobachtung.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. Bouchard. Sur la mort et l'albuminurie succédantes à l'injection, sous-coutanée de chloroforme.

(Progr. méd. 1884. No. 7.)

Eine experimentelle, auch für die menschliche Pathologie nicht unwichtige Studie.

Die subkutane Injektion eines ccm von Chloroform ruft bei Kaninchen eine intensive, häufig von Hämaturie gefolgte Albuminurie hervor und tödtet die Thiere im Verlaufe von 20—30 Minuten; bei hypodermatischer Applikation von 0,5 ccm des Giftes gehen drei Viertel der Thiere zu Grunde; Dosen von 0,2 ccm tödten erst nach

ihrer Wiederholung. Die Albuminurie bezw. das Bluthamen kann 24 Stunden lang währen.

Hunde vertragen die subkutane Einverleibung einer den 1000. Theil des Körpergewichts repräsentirenden Chloroformmenge ohne Eiweißausscheidung; 1 ccm auf das kg Hund ruft Albuminurie hervor, das doppelte Quantum tödtet zugleich. Allein der Tod tritt hier spät ein nach einer intermediären Periode scheinbarer Gesundheit.

Die Sektion ergiebt im Bereich der Stichstellen weder Entzündung noch Nekrose. Die Nieren zeigen sich hyperämisch, in den Kanälchen Blutextravasate, die Epithelien unversehrt; der Harnstoffgehalt des Blutes weist keine Abweichung von der Norm auf, also weder Nephritis, noch Urämie. Auch die Erklärung des Todes auf dem Wege des Reflexes in Folge der Reizung der Nerven am Applikationsort trifft desshalb nicht zu, weil nach der Resektion des Ischiadicus und Heilung der Wunde, der Tod in gleicher Weise den subkutanen Chloroforminjektionen folgt. Weiter liegt es nahe, das Sinken der Temperatur und die Behinderung der Ernährung in Folge der Vergiftung mit Lieferung septikämischen Materials seitens des Darmkanals für den Tod verantwortlich zu machen, allein Blut und Gewebe der sterbenden Thiere erweisen sich als völlig frei von Bakterien und die Überimpfung des Blutes auf gesunde Thiere ist durchaus erfolglos.

Somit rekurrirt B. auf die Wirkung des resorbirten Giftes selbst. In der That erlitten die Kaninchen, welche ein Gemisch von Luft und Chloroformdampf in so geringer Menge inhalirten, dass weder Anästhesie noch Schlaf erfolgte, hochgradige Eiweiß- und Blutausscheidung mit dem Harn, allein nicht den Tod. Andererseits rief eine intravenöse Injektion von 0,2 in Alkohol und Wasser gelösten Chloroforms eine unmittelbare und tiefe Narkose mit Albuminurie und Hämaturie hervor, ohne dass der Tod erfolgte.

Während also die Nierenaffektion entweder von einer direkten Wirkung des Chloroforms auf die Elemente des Organs während der Elimination oder von einer Beeinflussung der der Ernährung und Cirkulation der Niere vorstehenden Centren abhängig gemacht werden muss, bleibt der Tod unerklärt, darf jedenfalls nicht als toxischer aufgefasst werden, da das durch Inhalation oder intravaskuläre Injektion einverleibte Chloroform die tödliche Wirkung der subkutanen Injektionen nicht erreicht.

Fürbringer (Jena).

---

3. Stolnikow. Über die Bedeutung der Hydroxylgruppe (HO) in einigen Giften.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. VIII. p. 235.)

Es ist der modernen Chemie bereits in einer Reihe von Fällen gelungen Beziehungen zwischen der chemischen Konstitution und der physiologischen Wirkung organischer Verbindungen aufzudecken. Die Körper der Blausäuregruppe, die Blausäure selbst gehören zu

den stärksten Giften; die Alkylcyanure dagegen, die sich von der Blausäure nur dadurch unterscheiden, dass an Stelle des H-Atoms das Alkoholradikal eingetreten ist, sind völlig ungiftig. Die Nitro(NO_2)-Gruppe, die Amido(NH_2)-Gruppe ist die Ursache der Giftigkeit des Nitrobenzols, des Nitro-methans, -aethans etc., des Anilins, des Paramidophenols etc. Tritt an Stelle eines H-Atoms die Methyl(CH_3)-Gruppe in das Strychnin, Brucin, Codein, Morphin, Nikotin ein, so wird die giftige Wirkung dieser Körper herabgesetzt.

S., welcher unter Leitung von Prof. Baumann arbeitete, machte es sich zur Aufgabe, die Bedeutung, welche die Hydroxyl(OH)-Gruppe in einigen Giften spielt, zu eruiren.

Er wählte hierzu zunächst einen Vergleich der Wirkung des Morphins und der Morphinätherschwefelsäure, welche S. in ähnlicher Weise wie Baumann die Phenylätherschwefelsäure durch Einwirkung von Ätzkali und Kaliumpyrosulfat aus Morphin synthetisch darstellte.

Morphin $C_{17}H_{18}NO_2 . OH$ und Morphinätherschwefelsäure

$$C_{17}H_{18}NO_2 . HSO_4$$

unterscheiden sich nur dadurch, dass an Stelle der Hydroxylgruppe das an sich unschädliche Radikal der Schwefelsäure getreten ist. Beide Körper sind aber völlig verschieden in ihrer toxikologischen Wirksamkeit. Dieselben Dosen, welche beim Morphin narkotisch und letal wirken, wirken bei der Ätherschwefelsäure gar nicht oder nur gering. In größeren Dosen zeigt sich als charakteristische Wirkung der Morphinätherschwefelsäure erhöhte Reflexerregbarkeit und Tetanus.

Es ergiebt sich hieraus, dass mit der Hydroxylgruppe die wesentliche Eigenschaft des Morphins verknüpft ist, welche dasselbe von allen anderen Alkaloiden der Opiumgruppe unterscheidet, nämlich seine narkotisirende Fähigkeit, seine Fähigkeit vorzüglich und hauptsächlich auf die Nervencentra des Hirns zu reagiren. Mit ihr ist die Giftigkeit des Morphins verbunden.

Eine sehr interessante Beziehung ergiebt sich nun weiter zu anderen Körpern der Opiumgruppe, zu den Codeinen

Morphin $C_{17}H_{18}NO_2 . OH$
Codeine $C_{17}H_{18}NO_2OCnH_{2n+1}$ z. B.
$C_{17}H_{18}NO_2O . CH_3$
$C_{17}H_{18}NO_2O . C_2H_5$ etc.

Die Codeine unterscheiden sich also darin vom Morphin, dass in ihnen an Stelle des Hydroxyls das Alkoholradikal enthalten ist. Die Codeine besitzen die Fähigkeit Krämpfe auszulösen und hauptsächlich auf das Rückenmark zu wirken; und zwar wächst die Giftigkeit mit der Größe des Alkoholradikals. Welcher Atomgruppe verdanken aber die Codeine ihre Wirksamkeit, der Alkohol- oder der Morphingruppe? Diese Frage wird beantwortet durch die Beobachtungen an der Morphinätherschwefelsäure. Diese erzeugt in größeren Dosen, wie bereits erwähnt, ebenfalls Tetanus. Also ist es auch in den Codeinen die Morphingruppe, an welche die krampferregende Wirkung gebunden ist. Die Morphinätherschwefelsäure zeigt auch

in so fern eine Ähnlichkeit mit den Codeinen, als sie wie diese ohne Einfluss auf Blutdruck, Rhythmus der Herzthätigkeit und Athmung ist.

Untersuchungen über die Veränderungen, welche das Morphin im Organismus erfährt, ergaben (die darauf bezügliche Litteratur s. Text), dass Morphin nur in geringen Quantitäten in den Harn übergeht. Es wird auch nicht als Morphinätherschwefelsäure ausgeschieden, sondern es selbst sowohl wie seine Ätherschwefelsäure erleidet im Organismus Zersetzungen, bei denen Produkte entstehen, die eine Vermehrung der gepaarten Schwefelsäure im Harn bewirken.

S. prüfte weiter die Beziehungen der Hydroxylgruppe zur Giftigkeit beim Phenol, Resorcin, Pyrogallol und Phloroglucin und kommt zu dem Schlusse: »dass die Giftigkeit aller dieser Körper eng verknüpft ist, mit den in ihnen enthaltenen Hydroxylgruppen; denn vertauscht man letztere mit der indifferenten Schwefelsäuregruppe, so erhält man Gifte, welche bei Weitem schwächer sind und, wie dies beim Morphin und der Morphinätherschwefelsäure der Fall war, ihre frühere Natur ganz und gar verändern.

F. **Röhmann** (Breslau).

---

4. **Ch. Sabourin.** Contribution à l'étude anatomo-pathologique des cirrhoses graisseuses. (Laboratoire du professeur Cornil.)

(Revue de méd. 1884. No. 2.)

Unter diesem Titel beschreibt S. eine Lebercirrhose, die er von dem größeren Gebiete der »cirrhoses hypertrophiques graisseuses« abzweigt, die sich aber auch von den gewöhnlichen Cirrhosen unterscheidet. Die Cirrhose hat zum Mittelpunkt die Lebervenen und sendet nach verschiedenen Seiten hin Strahlen aus, welche mit den Ausläufern der benachbarten Herde zusammentreffen. Die Cirrhose verfolgt bald den monolobulären, bald den multilobulären Typus. Meistens sind beide Formen gemischt in derselben Leber vorhanden, indem bald die eine, bald die andere prädominirt. Die Leberzellen atrophiren ohne weitere Reaktion, die Kapillaren werden in feste Bindegewebsstränge verwandelt, eben so die Lebervenen. Die Pfortadergefäße nehmen den Mittelpunkt der von dem bindegewebigen Ring umschlossenen Läppchen ein, und zwischen beiden wieder in der Mitte hat für gewöhnlich die größte Fetteinlagerung in Bläschen in den Leberzellen statt. Die übrigen Leberzellen enthalten Fett in Gestalt von Körnchen, grünes und schwarzes Pigment, kleine Steinchen. Auch die Pfortaderäste sind afficirt, ihre Wand ist häufig verdickt, nicht selten sind einzelne Äste vollkommen obliterirt, ähnliche Veränderungen haben auch an den Arterien statt. Durch das mehr oder weniger starke Hervortreten dieser letzteren beiden Affektionen entstehen wieder weitere Abarten der typischen hier vorliegenden Cirrhose. Die Arbeiten von S. sind stets sehr schwer verständlich wegen der eigenthümlichen und ganz besonderen Auffassung die derselbe von der normalen und pathologischen Anatomie der Leber hat.

E. **Stadelmann** (Königsberg).

---

5. **J. Bleckmann.** Contribution à l'étude de la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face.

Paris 1883.

Eine mit Fleiß und klar geschriebene These, welche auf 81 Seiten einen historischen Überblick, 9 fremde und 5 eigene Krankengeschichten (ohne Todesfall), so wie Auslassungen über Anatomie, Pathogenese, Symptomatologie und Prognose bringt. Bezüglich des Leichenbefundes, für welchen Verf. eigene Beobachtungen nicht zur Verfügung stehen, wird Bekanntes wiederholt. In den Fällen wahrer Nephritis weist der Harn Cylinder, Nierenepithelien, Blutkörperchen und während der Dauer der Albuminurie isolirte und agglomerirte Kugelbakterien auf; dieselben Organismen findet B. im Inhalt der Erysipelblasen und im Blute der Kranken und lässt sich desshalb zu dem wenig kritikvollen Schluss verleiten, dass die Nierenläsion sicher der Effekt der Passage der Pilze durch das Organ sei. Eine Abhängigkeit der Nephritis vom Fieber und von den Hautveränderungen wird abgelehnt. Nur selten führt die Nephritis, die als Komplikation des Grundleidens gemeinhin nicht auffällt, vielmehr gesucht werden muss, und die Dauer eines Monats nicht überschreitet, zu tödlicher Urämie oder chronischem Verlauf. **Fürbringer** (Jena).

---

6. **A. Mouret.** De la néphrite infectieuse consécutive à l'ostéo-periostite.

Thèse de Paris, 1883. 55 Seiten.

Auf Grund einer eigenen und 5 fremder einschlägiger Beobachtungen, von denen 2 bereits früher publicirt worden, gelangt Verf., nachdem er in 4 Kapiteln recht allgemeine Aperçus über infektiöse Nephritis gegeben und sich über die Natur der Osteoperiostitis ausgesprochen, zu dem Schluss, dass die letztere bezw. die Osteomyelitis acuta in die Gruppe der Infektionskrankheiten einzurangiren, die Nephritiden im Gefolge dieser Krankheit anatomisch durch parenchymatöse Entzündung, klinisch durch Albuminurie, Cylindrurie und Bakterurie charakterisirt seien. Über den direkt parasitären Ursprung der Nierenläsion bleiben M. nicht die mindesten Zweifel. Die Komplikation ist in benignen Fällen der Grundkrankheit gefahrlos und passager, in schweren beschleunigt sie den fatalen Ausgang.

Fürbringer (Jena).

---

7. **Vierordt.** Kurzer Abriss der Perkussion und Auskultation.

Tübingen, Fues'sche Sort.-Buchhandlung, 1884.

Der vorliegende Abriss ist zu einem Leitfaden bei physikalisch-diagnostischen Kursen bestimmt und enthält auf 49 Seiten in gedrängter Kürze und übersichtlicher Anordnung sowohl die Theorie der Perkussion und Auskultation als ihre Resultate am gesunden und kranken Menschen. Überall sind die pathologischen Veränderungen

und die Differentialdiagnostik besonders berücksichtigt und ist letztere namentlich in dem Kapitel über Ascites sehr glücklich durchgeführt. Die Knappheit der Darstellung lässt vorzugsweise im theoretischen Theile manches Wichtigere vermissen, Anderes als zu dogmatisch erscheinen; doch wird dies die Brauchbarkeit und die Verbreitung dieses einem lediglich didaktischen Zwecke dienenden Büchleins nicht beeinträchtigen.

Escherich (Würzburg).

---

8. **Vittorio Marianini** (Modena). Intorno al fremito pettorale o vocale.

(Tesi di laurea. — Rivista clinica 1883. Fasc. 12.)

Unsere Kenntnisse über das Verhalten des Pektoralfremitus unter physiologischen und pathologischen Bedingungen lassen sich etwa in Folgendes zusammenfassen.

A. Verhalten des Pektoralfremitus unter physiologischen Bedingungen:

1) Der Pektoralfremitus ist um so deutlicher, je lauter der Untersuchte spricht.

2) Er ist, sowohl bei demselben als auch bei verschiedenen Individuen, ausgesprochener bei tiefer als bei hoher Stimme.

3) Er ist stärker bei Bruststimme, schwächer oder gar nicht vorhanden bei Kopf- oder Fistelstimme.

4) Er ist bei Personen mit langem, magerem Brustkasten deutlicher als bei solchen mit breitem Thorax und stark entwickelten Weichtheilen.

Aus allen diesen Gründen ist er bei Männern in der Regel besser zu fühlen als bei Frauen.

5) Bei demselben Individuum ist er intensiver über den oberen Regionen der Brust, wegen der größeren Nähe des Larynx; eben so auf der rechten Thoraxhälfte stärker als links wegen des größeren Durchmessers des rechten Bronchus.

Endlich 6) giebt Walshe an, dass der Pektoralfremitus beim Liegen stärker ist, als bei aufrechtem Sitzen.

B. Verhalten des Pektoralfremitus unter pathologischen Bedingungen.

Verstärkung des Pektoralfremitus tritt ein bei allen Verhältnissen, unter welchen die Luft aus den Alveolen verdrängt wird und das Lungenparenchym eine gleichmäßige, der Fortpflanzung der Schwingungen günstigere Konsistenz annimmt, so insbesondere bei der krupösen Pneumonie im Stadium der Hepatisation, ferner bei ausgedehnteren lobulärpneumonischen Herden, endlich bei phthisischen Infiltrationen mit und ohne Kavernenbildung. Abgesehen von dem zeitweisen Ausbleiben der Verstärkung des Pektoralfremitus bei Verstopfung des zuführenden Bronchus, kann nach Hoppe die Verstärkung des Pektoralfremitus fehlen bei krupöser Pneumonie, wenn die Hepatisation sich über eine ganze Lunge erstreckt, und zwar

wegen der übermäßigen, die Schwingungsfähigkeit herabsetzenden Ausdehnung der Thoraxwand.

Abschwächung des Pektoralfremitus tritt ein bei Emphysema pulmonum, bei Pleuritis und bei Pneumothorax. Doch kommen bei der Pleuritis Ausnahmen von dieser Regel vor, vielleicht in Folge von Adhärenzen.

Verf. benutzte das Material der Klinik des Prof. Galvagni zur Kontrollirung unserer Kenntnisse über den Pektoralfremitus; er konnte dieselben im Ganzen nur bestätigen, fand aber doch in 4 Fällen Abweichungen von den oben aufgestellten Sätzen. In diesen Fällen handelte es sich um Abschwächung statt der zu erwartenden Verstärkung des Pektoralfremitus.

Drei Fälle davon betrafen Pneumonien, und zwar eine gewöhnlich verlaufende krupöse Pneumonie des linken Unterlappens und zwei Fälle mit Ausgang in chronische Pneumonie (1 : linke Oberlappen, 2 : rechte Mittel- und Unterlappen). Verf. wirft gegenüber diesen beiden letzteren Fällen die Frage auf, ob die Verminderung des Pektoralfremitus in diesen Fällen etwa auf eine besondere Eigenart des gesetzten Exsudates zurückzuführen sei, eine Frage, die, falls weitere Untersuchung sie bejahend beantworten sollte, dem Phänomen eine gewisse diagnostische und prognostische Bedeutung beilegen würde. Interessant ist, dass in allen drei Fällen trotz der Verminderung des Pektoralfremitus Bronchophonie zu konstatiren war.

Der vierte Fall, eine Phthisis pulmonalis mit Kavernenbildung, hat keine Bedeutung, da die an zwei aus einander liegenden Tagen vorgenommene Untersuchung das eine Mal Abschwächung, das zweite Mal Verstärkung des Pektoralfremitus über der afficirten Seite ergab.

In einem Falle von rechtsseitiger Pleuritis fehlte in der hinteren Partie die Abschwächung des Pektoralfremitus, gegenüber vier Fällen, welche die allgemeine Regel bestätigten.

Freudenberg (Berlin).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

(Fortsetzung. Bd. II. p. 403—420.)

9. **Gaffky.** Eine Epidemie von Abdominaltyphus unter den Mannschaften des 3. Brandenburgischen Infanterieregiments No. 20 im Sommer 1882.

Unter den Mannschaften des in Wittenberg a/E. garnisonirenden Regiments No. 20 brach im Juni 1882 eine Epidemie von Abdominaltyphus aus, welche durch ihr explosives Auftreten und die fast vollständige Beschränkung der Erkrankungen auf ein Bataillon des Regiments besonders günstige Aussichten für die Ermittelung ätiologischer Momente darbot, welcher Aufgabe sich Verf. in dienstlichem Auftrage unterzog.

In der Zeit vom 11. Juni bis 12. Juli 1882 erkrankten im Ganzen

90 Soldaten, davon innerhalb der 4 Tage vom 20. bis 23. Juni allein 54. Die Epidemie beschränkte sich im Wesentlichen auf das Füsilierbataillon und zwar auf 3 Kompagnien desselben, deren Mannschaften zum größten Theil in der Zeughauskaserne, zum kleineren in Bürgerquartieren untergebracht waren; die vierte (10.) Kompagnie dieses Bataillons, welche nur 2 Kranke hatte, war außerhalb der Stadt kasernirt. Dass die Ursache für sämmtliche Erkrankungen von vorn herein in der Zeughauskaserne zu suchen war, ging auch daraus hervor, dass die in derselben kasernirten Soldaten in der Höhe von 26,5% (gegen 14,4% der in Bürgerquartieren liegenden) erkrankten, während unter der Civilbevölkerung derjenigen (17) Bürgerhäuser, in welchen die übrigen 24 erkrankten Soldaten lagen, während der Epidemie nicht ein einziger Fall von Typhus vorkam. Andere in Betracht gezogene, von den Soldaten gelegentlich benutzte Lokalitäten erwiesen sich ohne Einfluss.

Jene Kaserne wurde nun von einer sachverständigen Kommission bezüglich aller hierbei in Betracht kommenden Faktoren einer sehr gründlichen baulichen und hygienischen Untersuchung unterzogen. Es fand sich jedoch in der Lokalität selbst nicht der geringste Anhaltspunkt, welcher das explosive Auftreten der Epidemie hätte erklären können. Zwar ist die Kaserne, wie überhaupt die ganze Stadt, auf sehr durchlässigem, ziemlich stark verunreinigtem Sand- und Kiesboden von großer Mächtigkeit aufgebaut; auch sind die hygienischen Verhältnisse der Kaserne nicht gerade sehr günstige. Jedoch sprachen verschiedene Momente direkt gegen eine Inficirung der Bewohner durch die aufsteigende Bodenluft; der Boden der Kaserne ist unterhalb der Dielen des Erdgeschosses durch eine undurchlässige Asphaltschicht abgedichtet, die Zwischenwände des Gebäudes sind mit einer undurchlässigen Isolirschicht versehen und die Grundmauern, welche somit allein zur Vermittlung des aufsteigenden Luftstromes in Betracht kommen können, sind zum großen Theil aus mächtigen Feldsteinen gebildet, welche bei der Besichtigung allerdings relativ feucht erschienen. Ferner waren beide Stockwerke des Kasernements ganz gleichmäßig an der Epidemie betheiligt; auch die einzelnen Stuben ließen hinsichtlich der Frequenz der Erkrankungen keinen wesentlichen Unterschied erkennen. Dagegen war auffallend das Freibleiben der Officiere und der Unterofficiere, welche in der Kaserne wohnten; von letzteren (24) erkrankte nur einer. Endlich die an die Kaserne angrenzenden oder in der Nachbarschaft liegenden Häuser, darunter das städtische Krankenhaus, blieben von der Epidemie vollständig verschont.

Auch die Nahrungsmittel konnten als Träger der Infektionskeime ausgeschlossen werden; sie wurden von einem Unternehmer für alle 3 Bataillone in gleicher Beschaffenheit geliefert. Dagegen wiesen verschiedene Momente auf eine Infektion der Mannschaften des Bataillons durch das Trinkwasser hin. Die ca. 70 cbm große Senkgrube der Latrine war, obwohl cementirt, nachweislich undicht

und hatte dicht über dem Boden zwei vollständige Löcher, durch welche der Grubeninhalt, zumal unter dem Drucke der ca. 0,5 m hohen Kothsäule, in das umliegende, überaus poröse Erdreich versickerte, das an den korrespondirenden Stellen auch nachweislich kothig verunreinigt war. Eben so wurde auch bei genauerer interner Untersuchung die Mauerung des 10 m in südlicher Richtung von der Latrine entfernt liegenden Brunnenschachtes an 2 Stellen undicht gefunden. Ferner waren kurze Zeit vor Ausbruch der Epidemie bereits 2 Typhusfälle in der Kaserne vorgekommen (der Typhus herrscht seit längerer Zeit endemisch, wenn auch meist nur sporadisch in der Stadt); beide Kranken waren 7 bezw. 8 Tage vor der Aufnahme in das Lazarett krank gewesen und hatten während der letzten 3 bezw. 4 Tage Durchfall gehabt. Die Typhusstühle konnten also durch die poröse Sand- und Kiesschicht ohne Schwierigkeit bis in das Grundwasser hinein versickern, welches um diese Zeit — wie so häufig bei Typhusepidemien — einen relativ niedrigen Stand hatte. Die Bewegung des Grundwassers geht aber im Erdboden der Stadt nachweislich von Norden nach Süden, zum Strombett der Elbe hin, und daher auch in direkter Richtung von der Latrine zum Brunnenschacht. Dazu kommt, dass der Brunnen bei dem sehr beträchtlichen Wasserverbrauch in dieser Jahreszeit auf das umgebende Grundwasser geradezu als Saugapparat wirken musste. Unzweifelhaft sind also in den Monaten vor der Epidemie unzählige Typhuskeime in die Senkgrube hineingelangt und konnten auf dem geschilderten Wege den Brunnen inficiren. Namentlich mussten der niedrige Grundwasserstand und der stark gesteigerte Wasserverbrauch die Kommunikation zwischen Latrine und Brunnen befördern. Das Wasser dieses Brunnens fand aber nicht bloß als Trinkwasser reichliche Verwendung, sondern diente außerdem zum Reinigen der Korridore und Stuben, zum Waschen der Mannschaftskleider und zum Spülen der Essgeschirre; auch die in Bürgerquartieren liegenden Füsiliere, welche in der Kaserne zu Mittag speisten, tranken dieses Wasser und spülten damit ihre Essnäpfe. Ferner benutzte der Kantinenwirth dieses Wasser zum Reinigen seiner Geschirre, insbesondere zum Spülen der Bierseidel. Kurzum, alle diese Verhältnisse machen es im hohen Grade wahrscheinlich, dass das aus dem Kasernenbrunnen geschöpfte Wasser um jene Zeit von der Latrine her durch Typhuskeime inficirt war und somit die Ursache der Epidemie wurde. **A. Hiller** (Breslau).

---

10. **P. Fabre.** Du mycosis fongoïde et spécialement des manifestations cutanées de la lymphadénie.

(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 5—7.)

Ein Exposé über die äußerst seltene Krankheit an der Hand eines einen 54jährigen Kohlenarbeiter betreffenden genau erschlossenen Falles. Rücksichtlich der Details der Krankengeschichte muss auf das Original verwiesen werden.

Es ist bekanntlich an Stelle der unter verschiedenem Namen (Fox: »Framboesia«, Hardy: »Lichen hypertrophicus« etc.) gehenden Sammelbegriffs klinisch differenter Krankheiten durch Alibert die Titelbezeichnung gesetzt und die Affektion durch die Untersuchungen von Ranvier, Gillot und Demange als Hautlokalisation der Lymphadenie präcisirt worden.

Einer der bemerkenswerthesten Charaktere der Mycosis fongoïde ist ihre lange Dauer. F. unterscheidet 4 Perioden, zunächst eine »kongestive«, gekennzeichnet durch urtikariaähnliche, häufig recidivirende Ausschläge, starke Transpiration, schlechten Schlaf, Dyspepsie. Dieses Stadium währte bei dem Pat. von F. 2 Jahre. Ihm folgt eine »Période lichénoide«, charakterisirt durch die Eruption eines ausgedehnten, excessiv juckenden Lichen, Schlaflosigkeit, Steigerung der Schweißsekretion und digestive Störungen. In der dritten »Période de transition« handelt es sich um die Bildung umfänglicher, indurirter Plaques, in Gruppen angeordneter, nässender, ekzematöser Eruptionen, endlich — und das ist das bezeichnendste Phänomen — um das Auftreten der bekannten pilzförmigen bezw. tomatenähnlichen, gern ulcerirenden Exkrescenzen an verschiedenen Körperstellen. Bei starker Vervielfältigung der Geschwülste zögern nicht Fieber, profuse Durchfälle im Verein mit der Steigerung der früheren Beschwerden das letzte, »kachektische« Stadium herbeizuführen. Im Beginn dieser Periode wies der Kranke eine namhafte Vermehrung der weißen Blutkörperchen (1 : 125—150 roth) auf; die Zahl der rothen betrug 3 400 000 pro cmm.

Bestimmte ätiologische Momente ließen sich nicht eruiren.

Impfung mit dem Saft der Geschwülste, dem Wundsekret ihrer Ulcerationen auf Kaninchen fielen negativ aus.

Etwa 10 Jahre nach Beginn seines Leidens ging der Kranke plötzlich, wahrscheinlich an einer foudroyanten (zweiten) cerebralen Apoplexie zu Grunde. Sektion ist nicht vorgenommen worden.

Fürbringer (Jena).

---

11. **A. Murri.** Sul mecanismo dell' antipiresi cairinica. (Estratto dai rendiconti della società medico-chirurgica di Bologna.)

(Bullętino delle scienze med. 1884. März bis April.)

M. konstatirt die sichere und kräftige antipyretische Wirkung des Kairin und stellt trotz gegentheiligen Stimmen die baldige allgemeine Bestätigung der Behauptungen Filehne's in Aussicht.

Der Wirkungsmechanismus erscheint sehr mysteriös, wenn man bedenkt, dass bei Fiebernden die Temperatur um 3—5° herabgesetzt werden kann, während bei Gesunden selbst 4—6 g in 2—3 Stunden die Temperatur nicht einmal um Zehntelgrade erniedrigen.

Als Verwandter des Chinin hat das Kairin vielleicht auch die Eigenschaft, die Oxydationsvorgänge hintanzuhalten. Während der

Kairinapyrexie hat M. Verminderung der Harnstoffausscheidung beobachtet. Aber diese konnte sekundäre Folge der Apyrexie und nicht direkte Wirkung des Medikaments sein. Jedenfalls liegt nach M. in der Einschränkung des Oxydationsprocesses nicht die Hauptwirkung des Kairin. Dagegen spricht die Schnelligkeit des Eintritts der Wirkung und die Zunahme des Wärmeverlusts während der Defervescenz. (M. demonstrirte eine Anzahl von Tafeln, aus denen sich ergab, dass die periphere Temperatur stieg, währenddem die innere fiel.) Ein weiterer Wärmeverlust ist auch noch auf Rechnung der Verdunstung des durch die Erwärmung der Haut hervorgerufenen Schweißes zu setzen.

Die Erwärmung der Haut geschieht durch vermehrten Blutzufluss und zwar entweder so, dass das vorhandene Blut schneller cirkulirt und desshalb wärmer bleibt (Heidenhain), oder dass durch Dilatation der Arterien sich die Quantität der wärmeführenden Flüssigkeit vermehrt. Nach M. steigt der arterielle Druck bisweilen nach dem Kairingebrauch; auch nach Maragliano steigert Kairin die Herzkraft und den Arteriendruck. Außer Zweifel aber ist nach M. die Vermehrung der Blutmenge in der Peripherie (die platismographischen Kurven zeigen Volumszunahme der Glieder).

Diese Gefäßdilatation kann die Folge sein von Lähmung der Vasokonstriktoren oder von Reizung der Dilatatoren. Für letztere Hypothese spricht die Promptheit, mit der das Phänomen eintritt, und die Heftigkeit des Frostes, der dem Aussetzen des Mittels folgt. Denn Lähmungserscheinungen pflegen sich nicht so stark und so schnell einzustellen und nicht so rasch zu verschwinden, um Krampfzustände an ihre Stelle treten zu lassen. Der Frost ist nach den Kurven von M. begleitet von bedeutender Temperaturerniedrigung der Haut und Volumsabnahme der Gewebe. Die peripheren Gefäße sind also sehr wenig gefüllt. Auf eine Dilatation durch Lähmung würde keine so starke Verengerung folgen. Den Gesetzen der Physiologie entspricht es mehr, anzunehmen, dass nach Aufhören des Kairinreizes auf die Dilatatoren diese in einen Zustand geschwächter Funktionsfähigkeit gerathen und nun die nicht geschwächten Konstriktoren, deren Erregbarkeit vielleicht noch durch das Fieber gesteigert ist, nicht mehr gehemmt durch ihre Antagonisten in Wirkung treten und die Erscheinung des Frostes herbeiführen.

Die Frage, warum das Kairin die Temperatur des Fiebernden und nicht die des Gesunden herabsetzt, findet sich in der Litteratur nicht beantwortet. Nach den Ausführungen Filehne's, die sich auf die Fiebertheorie von Liebermeister und Pflüger stützen, wirkt das Kairin auf das unbekannte Nervencentrum, welchem die Regulirung der Körpertemperatur obliegen soll. Warum hat es dann unter physiologischen Verhältnissen keinen Einfluss auf dieses Centrum? fragt M. Er hält die Annahme eines solchen wärmeregulatorischen Centrums und noch mehr seiner auf Fieberzustände beschränkten Erregbarkeit für unnöthig.

Nach Kairin hat M. bei Gesunden oft eine Erhöhung der peripheren Temperatur, seltener auch eine Volumszunahme der Glieder beobachtet. Bisweilen wird die Haut weniger trocken und da, wo sich Schweißdrüsen finden, auch etwas feucht. Aber all diese Erscheinungen sind gering und führen nicht zu deutlicher Temperaturerniedrigung im Innern des Körpers, weil sämmtliche regulatorische Kräfte im Organismus intakt sind, und die Abkühlung während ihres Entstehens schon wieder kompensirt wird. Dagegen bestehen bei Fiebernden, ohne dass man zum wärmeregulatorischen Centrum seine Zuflucht nehmen müsste, verschiedene abnorme Bedingungen, welche die Kairinwirkung stärker zur Erscheinung bringen können: die höhere Bluttemperatur, die Verminderung des Gefäßtonus, die größere Erregbarkeit der vasomotorischen Centren, vielleicht auch die größere Differenz zwischen der Temperatur des Centrums und der der Peripherie. Demnach würde der geringere Gefäßtonus verbunden mit der größeren Erregbarkeit der Dilatatoren bei Fiebernden einen stärkeren Blutzufluss zur Peripherie hervorrufen als bei Gesunden. Und da das Fieberblut wärmer ist als das normale, müssen seine kalorischen Effekte größere sein. Alle diese Unterschiede können somit abhängen von der Erhöhung der Körpertemperatur, welche verschiedene nervöse Centren in erhöhte Erregbarkeit versetzt (Herzcentrum, Respirationscentrum etc.).

Um die Hypothese zu beweisen, dass die Verschiedenheit in der Wirkung des Kairin bei Gesunden und Fiebernden wenigstens zum größten Theil von der verschiedenen Temperatur abhängt, hat M. viele Versuche bei Gesunden angestellt, deren Temperatur durch warme Bäder bis gegen 38,6° gesteigert worden war. Diese Versuchspersonen wurden zum Theil sich selbst überlassen, zum Theil der Einwirkung des Kairin unterworfen. Und nun ergab sich, dass die Wirkung des Kairin bei den durch Bäder erwärmten gesunden Personen eine identische war wie bei Fieberkranken. Auch bei ihnen bewirkte das Kairin eine Erhöhung der peripheren, eine rasche Herabsetzung der inneren Temperatur, eine reichlichere Schweißbildung mit vermehrtem Turgor der Haut.

Zum Schluss bemerkt M., dass man Kairin 10—15 Tage hindurch anwenden kann, ohne dass seine Wirkung nachlässt, und schließt daraus, dass diese nicht von Dauer und desshalb auch nicht von Nachtheil sei. Die subkutanen Injektionen verwirft er als schmerzhaft und durchaus nicht wirksamer als die Anwendung per os oder per Klysma. **E. Kurz** (Florenz).

Kasuistische Mittheilungen.

12. **S. Siegmund.** Ein Fall von Chylurie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 10.)

Es handelt sich um einen 45jährigen Mann, der nie in den Tropen gewesen war, früher Intermittens und Dysenterie durchgemacht hat und seit einem Jahr an außerordentlicher Mattigkeit leidet. Von Zeit zu Zeit wird ein schwach saurer,

trüber Urin entleert, der Eiweiß und reichlich feinvertheiltes Fett enthält (nach der chemischen Untersuchung 0,17—1,038%). Dieser chylushaltige Harn wird unter 100 Fällen etwa 11mal entleert, 3mal ist der Harn schwach chylös, die übrigen Mal chylusfrei. Der Chylusharn wurde innerhalb 24 Stunden durchschnittlich nur einmal und zwar fast immer in der Zeit von 5—6 Uhr Morgens entleert. Kein Zucker im Urin, keine Filaria sanguinis.

Verf. nimmt an, dass es sich in diesen Fällen um eine einfache Beimischung des Chylus zum Urin handelt, die zu Stande kommt, wenn eine Fistel zwischen Chylusgefäßen und Blase sich entwickelt hat. In der Diskussion wies Virchow darauf hin, dass eine derartige Kommunikation zwischen Chylusgefäßen und Lymphgefäßen der Blase aus anatomischen Gründen undenkbar sei und dass man wohl als primär eine chylöse Beschaffenheit des Bluts annehmen müsse. Senator hat dem gegenüber in einem Fall von Chylurie das Blut nicht besonders fettreich gefunden, während bei Diabetes trotz vorhandener Lipämie nie Chylurie beobachtet worden ist. Ewald nimmt zur Erklärung des nächtlichen Eintritts der Chylurie in diesen und anderen Fällen an, dass die präsumirte Fistel nach Art einer Klappenfistel durch hohen Druck verschlossen wird, bei geringem dagegen, also wenn die Chylusgefäße leerer sind, den Durchtritt gestattet. **Strassmann** (Berlin).

13. **Gueterbock.** Ein Echinococcus subphrenicus mit Durchbruch in Lunge und Darmkanal.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. XX. Hft. 1 u. 2.)

Bei einem mit der Diagnose eines rechtsseitigen Empyems aufgenommenen 18jährigen Pat. wurde die 6. Rippe zwischen hinterer und vorderer Axillarlinie subperiostal resecirt und die Pleura in gleich großer Ausdehnung eröffnet, worauf sich jauchiger Eiter und Echinococcusblasen entleerten. Bei dem inzwischen aus der Narkose erwachten Pat. traten heftige, übelriechenden Schleim, Eiter und Echinococcusblasen per os herausbefördernde Hustenstöße ein. Nach anfänglicher Euphorie bald wieder Verschlimmerung, 3 Tage post operat. hatte das Wundsekret wie das Sputum deutlich fäkalen Geruch, gegen den die angewandten Antiseptica machtlos waren; die auf natürlichem Wege erzielten Stuhlgänge enthielten Echinococcusblasen ohne jauchige Beimengung. Erneute Resektion, welche die beiden Enden des 6. so wie das darüber gelegene Stück der 5. Rippe betraf und Erweiterung der leicht blutenden Pleurawunde auf stumpfem Wege; darauf wesentliche Besserung, Entleerung der Blasen durch den Stuhl fand nicht mehr statt; dessgl. sistirte das Aushusten derselben sehr bald und aus der Wunde kamen die letzten Blasen am 4. Tage nach der zweiten, am 19. nach der ersten Resektion zum Vorschein; der fäkale Charakter des Sekrets schwand völlig; Pat. wurde geheilt entlassen. G. nimmt nun an, dass es sich um einen subphrenischen, von der Leber ausgegangenen Echinococcus gehandelt habe und motivirt diese Annahme nicht mit der größeren Häufigkeit des Vorkommens der Echinokokken in der Leber gegenüber der Pleura, sondern damit, dass in den Darmdejektionen neben den Echinokokken keine Jauche und Eiter befindlich waren, »man muss hiernach auf das Dazwischenliegen eines neutralen, nicht von Eiter oder Jauche, sondern nur von Hydatiden erfüllten Gebiets zwischen der Darmlichtung und Pleurahöhle schließen«. Der Echinococcus entleerte seinen Inhalt zuerst nach der Pleura und füllte sich, nach Entfernung des ersteren aus dem Pleuraraum durch Rippenresektion, mit Kothmassen, deren Übertritt in die Brustfellhöhle und Herausbeförderung durch die inzwischen eröffneten Bronchien allmählich erfolgte. Bezüglich weiterer epikritischer Bemerkungen s. Original.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

14. **Racine.** Ein Fall von Bleimanie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 10.)

38jähriger Kohlenbergarbeiter erkrankt mit ziehenden Schmerzen in beiden Vorderarmen; dabei besteht starke Kachexie, leichter Tremor und Bleisaum am Zahnfleisch. Keine Kolikanfälle. Am nächsten Tage trat Bewusstlosigkeit ein,

die 24 Stunden später heftigen Delirien wich. Wahnideen und Sinnestäuschungen bei stets normaler Temperatur und langsamem, hartem Pulse dauerten zwei Tage, dann verfiel Pat. in einen längeren Schlaf; aus welchem er geistig klar, ohne sich an das Vorgefallene im Geringsten zu erinnern, erwachte. Zurückgeblieben aber war nun eine auffallende Gedächtnisschwäche und schlaffes Wesen (Pat. weiß seinen Geburtstag nicht mehr, leichte Rechenexempel machen ihm Schwierigkeiten etc.). Sprachstörung besteht nicht; Motilität bis auf geringen Tremor intakt. Linke Gesichtshälfte flacher, als die rechte; linker Gaumenbogen etwas tiefer. Keine Pupillendifferenz.

Unter dem Gebrauch von Jodkali hat sich allmählich eine erhebliche Besserung der Gedächtnisschwäche eingestellt.

Als Ursache der Vergiftung (deren erste Symptome sich auch bei den übrigen Familienmitgliedern fanden) zeigte sich eine große zinnerne Kaffeekanne, die aus einer Legirung von 80 Theilen Zinn und 20 Theilen Blei bestand. Der Fall beweist, dass die im Allgemeinen als zulässig betrachtete Bleimenge von 20 % als Zusatz zum Zinn nicht völlig unschädlich ist und mahnt von Neuem zu peinlichster Vorsicht beim Gebrauche bleihaltiger Utensilien.

M. Cohn (Hamburg).

15. **G. Ollive.** Des paralysies chez les choreïgues.

Thèse de Paris 1883.

Paralytischen Störungen, meint O., begegnet man nicht selten bei Choreatikern. Sie können gleich am Anfang erscheinen und so allein und für sich die weiche Chorea (chorée molle) charakterisiren; sie können aber auch von unkoordinirten Bewegungen gefolgt werden oder im Laufe einer Chorea erscheinen.

Eine Behandlung mit Arsenik und besonders tonische Medikation heilen leicht und schnell solche Lähmungen. Es ist demnach immer ein guter Ausgang zu prognosticiren.

Marcus (Paris).

16. **Krönlein.** Über Struma intrathoracica retrotrachealis.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. XX. Hft. 1 u. 2.)

Der Fall ist in anatomischer und klinischer Beziehung gleich bemerkenswerth, in ersterer, weil es sich um eine bisher nicht beobachtete Bildungsanomalie der Schilddrüse handelt, welche in dem Vorhandensein eines zwischen Luft- und Speiseröhre gelegenen, frühzeitig strumös entarteten accessorischen, vom unteren Rand des linken Lappens ausgehenden Fortsatzes besteht, in letzterer durch ein höchst eigenthümliches, intra vitam unverständlich gewesenes, durch die Obduktion aufs befriedigendste erklärtes Symptom. Pat. behauptete nämlich »beim Husten bleibe ihm der Kehlkopf oben im Halse stecken, gehe nicht mehr herunter und er müsse ihn dann sofort gewaltsam mit seinen Händen herunterdrücken, um nicht zu ersticken«. Man muss K. beistimmen, wenn er für das Zustandekommen dieses Phänomens annimmt, dass während eines Hustenanfalls sich jener Tumor in der oberen Thoraxapertur einkeilt und so die vor und hinter ihm liegende Speiseröhre wie ein Kugelventil verschloss. Es bedurfte dann der mechanischen Einwirkung des Pat. auf den Larynx, den er herunterdrückte, um sich »vor dem Strangulationstode« zu retten. Der Pat. war von Jugend auf engbrüstig und hatte im Laufe der Jahre immer mehr mit Kurzathmigkeit zu kämpfen. In letzter Zeit waren wiederholt bedrohliche Erstickungsanfälle aufgetreten; in einem solchen sah K. den Pat. und führte die Tracheotomie aus, ohne dass, auch nach Anwendung einer König-schen Kanüle, Erleichterung geschaffen wurde. Pat. starb 9 Tage post operationem unter allen Erscheinungen chronischer Kohlensäure-Intoxikation; die Sektion ergab den obigen Befund.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 25. **Sonnabend, den 21. Juni.** **1884.**

1. L. Heydenreich. Sur la stérilisation des liquides au moyen de la marmite de Papin.

(Compt. rend. 1884. p. 998.)

Bei den Untersuchungen über Desinfektion hatten Koch und seine Mitarbeiter im Reichsgesundheitsamte die sehr auffallende Beobachtung gemacht, dass Gegenstände, z. B. mit Flüssigkeit gefüllte Kolben, die Temperatur des umgebenden überhitzten Wasserdampfes im Papin'schen Topfe nur sehr langsam annehmen. Sie hatten desswegen für alle Sterilisationen den strömenden Wasserdampf empfohlen. H. weist nun' nach, dass die Angaben von Koch darauf zurückzuführen sind, dass in seinen Versuchen Luft im Papin-schen Topfe zurückgeblieben war, welche den Ausgleich der Temperatur verhinderte. Sorgt man dafür, dass zu Anfang durch Lüften des Ventils alle Luft vom strömenden Wasserdampf entfernt wird und schließt dann erst das Ventil, so nimmt in einem 0,35 m breiten und 0,45 m hohen Topfe, welcher bis zu einer Höhe von 0,09 m

mit Wasser gefüllt ist, bei einem Drucke von 2 Atmosphären ein Kolben mit 1 Liter Wasser innerhalb 10 Minuten, mit 0,5 Liter Wasser innerhalb 5 Minuten, mit 200 ccm Wasser innerhalb 2 Minuten eine Temperatur von 120° an. **F. Böhmann** (Breslau).

---

2. **H. Quincke** (Kiel). Über einige Bedingungen der alkalischen Reaktion des Harns.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Suppl.)

1) Es ist bekannt, dass der Harn nach Eingabe von kohlensauren Alkalien oder Substanzen, die im Organismus zu kohlensauren Alkalien verbrannt werden, alkalisch reagirt. In analoger Weise wird nach Q. der Harn bei der Resorption seröser Flüssigkeiten alkalisch, sei es dass dieselben bei Krankheiten wie Nephritis, Herzkrankheiten. Pleuritis, Ascites unter vermehrter Diurese aus dem Unterhautfettgewebe oder den serösen Höhlen verschwinden, sei es dass dieselben experimenti causa Thieren in die Bauchhöhle gespritzt waren. Auch die Resorption von Blut, welches in Bindegewebe und seröse Höhlen eingespritzt wurde oder extravasirt ist, kann den Harn alkalisch machen. Es wird hierbei zunächst nur das Serum resorbirt, während die eine saure Asche gebenden rothen Blutkörperchen erst später umgesetzt werden. Alkalische Reaktion des Harns nach Infusion von fremden Blut mit Hämoglobinurie so wie bei spontaner Hämoglobinurie erklärt sich ebenfalls durch die Resorption des alkalisch reagirenden Serums.

2) Der Harn kann alkalisch werden durch Säureverlust an einer anderen Körperstelle: Bei Magenkranken durch Erbrechen, durch experimentelle Entziehung der Magensalzsäure; während der Verdauung, wenn die Menge der in den Darm ergossenen alkalischen Sekrete die sauren überwiegt.

3) Abgesehen von den Mahlzeiten zeigt der Säuregrad des Harns im Laufe des Tages noch andere individuell sehr verschiedene Schwankungen, die wohl mit dem Wechsel der Thätigkeit in den verschiedenen Organen zusammenhängen.

Besonders disponirt zu zeitweilig alkalischer Beschaffenheit des Harns und damit zur Bildung eines Phosphatniederschlages im Harn erschienen Q. erregbare nervöse Individuen.

4) Der Harn in den ersten Morgenstunden nach dem Erwachen wird (beim Liegenbleiben im Bett und ohne Einnahme des Frühstücks reichlicher dünner, und zeigt eine Zunahme der alkalischen Reaktion. Es rührt dies wohl daher, dass mit dem Erwachen ein Abfluss der während des Schlafes in den Organen retinirten, an Alkali reicheren, lymphatischen Flüssigkeiten in die cirkulirende Blutmasse stattfindet.

In einem Anhange theilt Q. einige Alkalescenzbestimmungen von serösen Flüssigkeiten mit, aus denen sich ergiebt, dass die Größe der Alkalescenz z. B. des Ascites bei verschiedenen Krankheiten derjenigen des Blutserums sehr nahe kommt.

(Es wäre sehr dankenswerth, wenn Q. seine Angaben über die Beziehungen zwischen Bildung und Resorption von Exsudaten einer- und Alkalescenz des Harns andererseits in geeigneten Fällen, z. B. bei einer sich an eine Pneumonie anschließenden akuten, nachher zur Punktion und Resorption gelangenden Pleuritis durch fortgesetzte quantitative Bestimmungen der Acidität des Harns und Bestimmung der Alkalescenz des punktirten Exsudates ergänzte. Denn die serösen Flüssigkeiten sind, wie Q. selbst anführt, nach den Ausführungen von Maly an sich schon als theoretisch saure Flüssigkeiten zu betrachten. Bei der Resorption der Exsudate käme noch die Frage nach dem Verbleib des in dem Eiweiß enthaltenen Schwefels hinzu; wird derselbe im Organismus zu H_2SO_4 oxydirt, so wird das Verhältnis zwischen Basen und Säuren noch mehr zu Ungunsten der ersteren verschoben. Weiter macht Q. die Bemerkung, dass die Athemnoth, an welcher Kranke mit rasch zunehmendem Hydrops leiden, vielleicht zum Theil einen chemischen Grund in der Alkaliverarmung des Blutes hat, er empfiehlt desshalb sogar unter solchen Umständen, so wie bei Drainage von Anasarka und nach Punktion seröser Ergüsse, welche sich voraussichtlich schnell erneuern, dem Körper eine gewisse Menge kohlensauren Alkalis als Medikament zuzuführen. Giebt es nicht aber auch Fälle, wo trotz schnell entstehender großer Exsudate keine oder nur eine geringe Dyspnoe vorhanden ist? Sind in jenen Fällen die Exsudate ärmer an Alkali? Anm. d. Ref.)

F. Röhmann (Breslau).

---

3. **Gaetano Gaglio** (Catania). Sulla formazione dell' acido ossalico nell' organismo animale.

(Archivio per le scienze med. vol. VII. No. 26.)

Wenn man einen Frosch in der gewöhnlichen Weise mittels Nadeln, die man durch seine Extremitäten steckt, ungefähr 24 Stunden lang immobilisirt, so findet man in der Harnblase desselben flockige Klümpchen, welche unter dem Mikroskop geprüft zahlreiche Krystalle von oxalsaurem Kalk in der bekannten Briefkouvertform erkennen lassen; normale Frösche zeigen nichts dergleichen. Diese Beobachtung war für den Verf. der Ausgangspunkt für weitere Versuche. Es ließ sich konstatiren, dass bei Fröschen eben so Oxalurie eintrat nach Einwirkung verschiedener Gifte, welche eine langdauernde Immobilisirung erzeugten, eben so bei Fröschen, welche unter analogen Symptomen an Krankheiten zu Grunde gingen, eben so bei Fröschen welche durch Einwirkung von Kälte erstarrt waren, endlich eben so nach Durchschneidung der Medulla oblongata oder Zerstörung der ganzen cerebrospinalen Achse: Beobachtungen, welche mit denen Vulpian's übereinstimmten, der das Auftreten von Kalkoxalatkrystallen im Urin nach Vergiftung mit Curare, Strychnin, Thebain und nach transversaler Durchschneidung des Rückenmarks festgestellt hatte.

Dass die Bildung von Kalkoxalat nicht erst in der Blase, durch Zersetzung des Urins vor sich gehe, ließ sich dadurch nachweisen, dass bei Fröschen, welche nach Entfernung der Nieren längere Zeit immobilisirt wurden, Oxalsäure im Blute nachweisbar war. Erfolgreiche Versuche mit Immobilisirung nach Entfernung der Leber, so wie die schon oben erwähnten nach Zerstörung der ganzen cerebrospinalen Achse ließen erkennen, dass die Mitwirkung der Leber oder des cerebrospinalen Nervensystems nicht nothwendig ist zur Erzeugung von Oxalurie.

Im Gegensatz dazu gelang es nicht, durch Verminderung des Respirationsprocesses (durch Entfernung der Lungen, oder durch Ersticken im Wasser, oder durch Einwirkung verdünnter Luft, eventuell bis zum Tode) jene Krystalle zu erzeugen, während andererseits sie bei Immobilisirung konstant auftraten, auch wenn die Thiere in einen Strom reinen Sauerstoffs gehalten wurden.

Diese Thatsachen, die Verf. schon früher (Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino 1883, fasc. 3) der Turiner Akademie vorgelegt, führten ihn zu dem Schlusse, dass die Bildung von Oxalsäure im Organismus nicht einfach abhänge von einer Verminderung der Oxydationsprocesse, sondern dass man wahrscheinlicherweise die Verlangsamung der Blutcirkulation, welche wegen Dilatation der oberflächlichen Blutgefäße und wegen der Abschwächung der Herzkraft stets bei Immobilisirung der Frösche eintritt, als Ursache ansehen müsse. Die Versuche bestätigten zugleich, dass für das Auftreten von Oxalurie nicht die Einführung von Oxalsäure in irgend einer Form in den Organismus nöthig sei, sondern dass sich die Oxalsäure im Organismus selber bilden könnte, da man, wenn gleich weniger leicht, auch dann dieselben Resultate erhielt, wenn man zu den Versuchen Frösche verwendete, die während längerer Zeit der Inanition ausgesetzt worden waren und Magen und Darm vollständig leer zeigten. Damit war ferner nachgewiesen, dass die Oxalsäure auch nicht, wenigstens nicht ausschließlich, als ein Produkt mangelhafter Assimilirung der Nahrungsmittel betrachtet werden könnte und ihren Ursprung im Verdauungskanale habe.

Zu weiteren Versuchen wurden Hunde genommen und zwar wurde zunächst, um der Frage von der entgegengesetzten Seite beizukommen, der Einfluss starker Muskelarbeit auf Auftreten von Oxalurie untersucht. Zu diesem Zwecke wurde der Versuchshund während mehrerer Stunden in das Innere eines mittels Gasmotors in beständiger Drehung um seine Achse erhaltenen Rades gebracht, so dass das Thier, um sich nicht durch das Rad herumschleudern zu lassen, in beständiger laufender Bewegung bleiben musste. Es zeigte sich, bei längerer Dauer des Versuchs, wenn auch nicht ganz konstant, Oxalurie und zwar wurde konstatirt, dass die Oxalurie nicht während oder unmittelbar nach der Muskelanstrengung sich einstellte, sondern in der Zeit, wo der Hund, erschöpft von der Arbeit, fast völlig kraft- und regungslos dalag.

Auch dieses Ergebnis sprach für die Anschauung, dass gerade die Muskelunthätigkeit die Ursache der Oxalurie sei, eine Anschauung, die weitere Bekräftigung fand in den auch bei Hunden positiven Resultaten von Versuchen mit langdauernder Chloral-, Äther-, Chloroformnarkose, mit mehrstündiger Curarisirung, mit Durchschneidung der Medulla oblongata, so wie endlich mit Durchschneidung beider Ischiadici.

Fasst man nun die Zustände, unter welchen nach diesen Versuchen Oxalurie eintritt, zusammen, so ist ihnen allen als wichtiges Faktum gemeinsam: die Verminderung der Kohlensäureausscheidung. Verf. weist auf diesen konstanten Zusammenhang hin, ohne dass er desswegen die Annahme für gerechtfertigt hält, dass die Oxalurie auf einer Hemmung der Oxydationsprocesse im Organismus beruhe (wogegen schon das Experiment mit Immobilisirung im Sauerstoffstrome, so wie die Oxalurie nach einfacher Durchschneidung der Ischiadici spricht), oder etwa, dass die Oxalsäure sich normalerweise kontinuirlich im Organismus bilde und eben so kontinuirlich sich oxydire; hiergegen spricht das konstante Wiedererscheinen im Urin von selbst geringen Quantitäten Oxalsäure, die man dem Körper einverleibt.

Verf. kommt zu dem Schlusse: dass die Bildung von Oxalsäure im Organismus vergesellschaftet ist mit einer Verminderung der Kohlensäureausscheidung, dass sie ihre Ursache hat in einer Verlangsamung der Blutcirkulation, welche auftritt im Anschluss an Unthätigkeit der Muskeln. Vielleicht ist in diesem Sinne der Sitz der Oxalsäurebildung in den Muskeln zu suchen.

Es vertragen sich mit dieser Anschauung die klinischen Erfahrungen des Auftretens von Oxalurie bei Herz- und Lungenkrankheiten, bei Rückenmarksaffektionen, bei Knochenerkrankungen; das Auftreten nach epileptischen Anfällen wäre in eine Reihe zu stellen mit der Oxalurie der überanstrengten Hunde während der Ermüdungsperiode. Es steht damit auch im Einklange, dass man die Oxalsäure leichter im Morgenurin findet; vielleicht ist auch die Häufigkeit der Bildung von Oxalatkonkrementen bei Kindern durch ihren gewöhnlich langdauernden mit völliger Muskelruhe einhergehenden Schlaf zu erklären.

Übrigens verwahrt sich Verf. ausdrücklich dagegen, in der Muskelruhe die *einzige* Ursache der Oxalurie zu sehen; eben so wie er, neben der physiologischen, zwar eine pathologische Oxalurie anerkennt, aber nur als ein Symptom verschiedener Erkrankungen, nicht als eigenartige Krankheit.

Der zweite Theil der Arbeit ist dem Vorkommen von Kalkoxalatkrystallen in der Galle gewidmet. Die Versuche des Verf. führten ihn zu dem Resultate, dass normalerweise in der Galle sich keine Oxalsäure bildet, sondern dass diese ein Produkt der Zersetzung der Galle darstellt, dass zur Entstehung dieser Oxalsäure die Gegenwart der atmosphärischen Luft und ihrer Fermente nothwendig ist, so wie

dass der in der Galle enthaltene Schleim eine wesentliche Rolle nicht nur bei der Krystallisation, sondern auch bei der Bildung des oxalsauren Kalks in der Galle spielt.

Nimmt man an, dass diese Bildung von oxalsaurem Kalk aus der Galle unter gewissen Verhältnissen auch im Darm vor sich gehen kann, so würde man damit eine Erklärung gefunden haben für das Auftreten von oxalsaurem Kalk in den Fäces und (durch Resorption) im Urin bei krankhaften Vorgängen im Darmkanal.

Freudenberg (Berlin).

---

4. **E. Barié.** Contribution à l'histoire de l'artérite aigue consécutive à la fièvre typhoide.

(Rev. de méd. 1884. No. 1 u. 2.)

An der Hand von 21 mit wenigen Ausnahmen fremden Beobachtungen schildert B. das Wesen und die Bedeutung der akuten Arterienentzündung im Verlaufe des Typhus abdominalis und theilt die vorliegende Krankheit 1) in eine typhöse, die Arterie zum Verschluss bringende Entzündung derselben und 2) in eine nur auf Theile der Arterienwand beschränkte ein. Die erstere Abtheilung ist pathologisch-anatomisch charakterisirt durch eine zellige Infiltration der 3 Arterienhäute, durch Produktion von Unebenheiten auf der glatten Innenwand der Arterien und in Folge dessen durch Zustandekommen eines sekundären Thrombus, welcher das Lumen der Arterie in mehr oder minder großer Ausdehnung anfüllt. Häufig kommt zu der Arteritis noch eine Periarteritis. Ist die Arterie vollkommen verschlossen und stellt sich die Cirkulation nicht bald durch hinreichende Anastomosen wieder her, so kommt es zu trockener Gangrän der afficirten Theile. Hin und wieder kann durch Hinzutreten von Venenthrombose oder Phlebitis auch noch eine feuchte Gangrän nachfolgen. Das Auftreten der Arteritis obliterans charakterisirt sich durch Schmerzen, die auf bestimmte Stellen beschränkt sind und auf Druck zunehmen, durch auffallende Verminderung der Arterienpulsation bis Aufhören derselben, durch geringe Umfangzunahme des afficirten Gliedes ohne Ödem und Röthe desselben, durch lokales Sinken der Temperatur gegenüber der gesunden Seite, durch Auftreten eines schmerzhaften harten Knotens und consecutiver ausgedehnterer Thrombose, und schließlich endet die Affektion durch trockene Gangrän. Die Krankheit tritt vom 13. bis zum 26. Tage des Typhus auf und verläuft meistens letal.

Im Gegensatz dazu verläuft die theilweise Entzündung der Arterienwandungen stets günstig, auch setzt die vorliegende Erkrankung später d. h. vom 22. bis 58. Tage des Typhusverlaufes ein. Da sie nur eine Abart der vorigen ist, so findet man auch hier fast dieselben Symptome wieder, also Schmerz, Abschwächung der Arterienpulsation, geringe Umfangszunahme des afficirten Gliedes, lokale Temperaturherabsetzung um mehrere Zehntelgrad. Es fehlt der harte Knoten im Verlaufe des erkrankten Gefäßes. Die Differentialdiagnose der

vorliegenden Erkrankung ist mit Myositis, Neuralgie, Phlegmasia alba dolens, Lymphangitis, Embolie zu stellen. Die Affektion tritt immer in der Rekonvalescenz auf, steht in keinem Zusammenhang mit der Schwere des überstandenen Typhus und ist an der Tibialis posterior, der Femoralis, der Pediaea, der Poplitaea, Tibialis anterior, war aber auch an der Carotis interna und den A. viscerales (Milz, Niere, Herz) beobachtet. Als Ursachen für dieselbe glaubt B. den lokalen und permanenten Reiz durch die Typhusbakterien und die tiefe Störung der vasomotorischen Innervation annehmen zu müssen.

E. Stadelmann (Königsberg).

---

5. **Gouguenheim** et **Leval-Picquechef.** Étude anatomique et pathologiques des ganglions peritrachéo-laryngiens.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1884. p. 15 ff. März.)

Die Verff. beschreiben und erläutern durch Abbildungen die in der Norm außerordentlich kleinen, bei gewissen Krankheitszuständen stark anschwellenden, in unmittelbarster Nähe der Luft- und Speiseröhre, längs der Nn. recurrent. gelegenen Lymphdrüsen, die sie in eine untere, mittlere und obere Gruppe scheiden. Die untere mit den mediastinalen Lymphdrüsen verschmelzende ist die voluminöseste und konstanteste, die obere, nahe dem hinteren unteren Abschnitt des Kehlkopfs gelegene besteht aus kleinen und weniger konstant vorhandenen Drüschen, eben so wie die mittlere zwischen den beiden genannten Gruppen befindliche. Diese Drüsen können durch Anschwellung zur Kompression der Nn. recurrent. und damit zu spastischen oder paralytischen Erscheinungen im Gebiet der von den genannten Nerven versorgten Kehlkopfmuskeln führen. Solche Anschwellungen haben die Verff. bei Tuberkulösen, seltener bei Krebskranken, niemals bei Syphilitischen beobachtet. (Viel häufiger als bei den genannten Krankheitszuständen tritt nach den Erfahrungen des Ref. ein sehr bedeutendes Anschwellen dieser Drüsen im Verlauf der idiopathischen wie skarlatinösen Diphtherie ein, wobei man dann in der That dieselben als rosenkranzartige Stränge die Nn. recurrent. begleiten sieht.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

6. **Francotte.** La diphthérie considérée principalement au point de vue de ses causes, de sa nature et de son traitement.

Bruxelles 1883. 384 S.

Das vorliegende Buch ist als eine fleißige Zusammenstellung des über den Gegenstand in der Litteratur bisher Bekannten aufzufassen, enthält indess nach keiner Richtung hin neue Gesichtspunkte und ist speciell hinsichtlich der Erörterung der Frage nach der Ätiologie der Erkrankung, welche ja, wie der Titel des Buches besagt, der Verf. hauptsächlich ins Auge gefasst haben wollte, durch die inzwischen aus dem Reichsgesundheitsamt erschienenen Löffler'schen

Mittheilungen überholt. Nichtsdestoweniger ist das Buch lesenswerth, denn der Verf. befleißigt sich durchweg großer Objektivität und das verdient als anerkennenswerther Vorzug der Monographie bezeichnet zu werden. Seine eigenen Ansichten hat der Autor am Schluss des Buches in Form von 12 Thesen zusammengefasst, mit deren wesentlichsten sich Ref. ganz einverstanden erklären kann, speciell was die Stellungnahme des Verf.s zur Behandlung der Diphtherie und zur Ausführung der Tracheotomie bei diesem Leiden anlangt. F. sagt in dieser Beziehung (These 10): »die Kauterisationen müssen aus der Behandlung der Diphtherie verbannt werden«, (11) »die Behandlung der Diphtherie muss eine tonische, stimulirende sein«, (12) »in Wirklichkeit giebt es keine Kontraindikation für die Ausführung der Tracheotomie bei dem Leiden« (in dieser allgemeinen Fassung wird die letzte Behauptung kaum haltbar sein. Ref.). Die parasitäre Natur der Erkrankung hält F. für nicht erwiesen, ein Ausspruch, der nach den inzwischen von Löffler gefundenen Thatsachen zum mindesten einer Modifikation bedarf, wenn auch freilich so zwingende Argumente, wie für andere jetzt mit Sicherheit als parasitär geltende Affektionen (Milzbrand, Erysipel, Tuberkulose) bis zur Stunde für die Diphtherie nicht vorliegen. Der Behauptung des Verf.s, dass es eine Diphtherie ohne Pseudomembran giebt (These 3), kann sich Ref. weder vom klinischen noch speciell pathologisch-anatomischen Standpunkte aus anschließen; Ref. hat häufig genug Sektionen von sog. primärem Larynxkrup gemacht, bei denen durch die Autopsie entweder an der Hinterwand des weichen Gaumens oder am Rachendach oder an sich klinisch der Inspektion entziehenden Partien der Tonsillen diphtherische Herde gefunden wurden und analog wird es sich denn wohl auch mit den vom Verf. als »Diphtherie ohne Pseudomembran« bezeichneten Fällen verhalten haben. Die Existenz eines primären Larynxkrup überhaupt soll übrigens nicht geleugnet werden. Die diphtherischen Lähmungen (These 8) fasst F. als unter dem Einfluss der Allgemeininfektion entstanden auf, eine Erklärung, durch welche diese bisher noch in vieler Beziehung dunkle Frage in keiner Weise gefördert wird (was übrigens speciell die am Kehlkopf ziemlich häufig auftretenden, in erster Linie die Stimmritzenerweiterer betreffenden Lähmungen anlangt, welche nach Ansicht des Ref. das bei Weitem wichtigste, viel häufiger als die sog. Trachealgranulationen in Betracht kommende Moment, für die Schwierigkeit, resp. Unmöglichkeit späterhin die Kanüle zu entfernen, darstellen, so handelt es sich hier um grobe, den Recurrens und die Larynxmuskulatur betreffende örtliche Schädlichkeiten, die ein Zurückgreifen auf die Allgemeininfektion durchaus unnöthig machen). Es ist unmöglich bei der Fülle des Stoffes auf alle Einzelheiten des Buches einzugehen, beachtenswerth sind die durch zahlreiche, an der Hand eines großen Beobachtungsmaterials gesammelte Tabellen illustrirten Kapitel über die geographische Verbreitung des Leidens, so wie über den Einfluss des Alters, der Jahreszeiten auf das Auftreten derselben. Bei der

klinischen Darstellung der Symptome führt Verf. unter den den Verlauf der Diphtherie komplicirenden Exanthemen nur die bekannten scharlachähnlichen an, während die von dem Amerikaner Robinson (Journ. of cutan and vener. diseases 1883 Vol. I) und dem Ref. (Monatshefte f. Dermatol. 1883, Über Exanthemformen bei Diphtherie) beschriebenen erythematösen und papulo-pustulösen Ausschläge und die prognostische Bedeutung dieser Exanthemformen unberücksichtigt bleiben. Interessant sind die von dem Autor über Auftreten und Dauer der Albuminurie während der Diphtherie gemachten Angaben. Mit der Darstellung der pathologisch-anatomischen, durch den Krankheitsprocess bedingten Organveränderungen erklärt sich Ref. im Ganzen einverstanden, Einzelnes hätte dabei allerdings mit etwas größerer, der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechender Ausführlichkeit, behandelt werden können, speciell die an den Nieren und am Herzen durch das Mikroskop festgestellten feineren Strukturveränderungen, wie wir sie namentlich neuerdings durch Fürbringer, Birch-Hirschfeld und Leyden kennen gelernt haben.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

7. **Ott.** Laryngologische Mittheilungen.

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 14.)

I. Zur Kasuistik der beiderseitigen Lähmung des M. cricoarytaen. post.

O. benutzt einen von ihm beobachteten Fall doppelseitiger Posticuslähmung, welcher einen 54jährigen, an den Folgen einer beiderseitigen Otit. med. suppur. leidenden Mann betraf, zu einigen allgemeinen Bemerkungen über die erstgenannte Affektion. Das bei dieser sonst regelmäßig zu konstatirende Symptom der inspiratorischen Verengerung der Glottis trat nämlich hier nur bei forcirter Inspiration ein, fehlte dagegen bei ruhiger Athmung, ein Verhalten, das O. folgendermaßen erklärt: »Der schwache Innervationsimpuls bei sublimer Athmung regt die Stimmbandmuskeln nicht genügend an, die Stimmspalte bleibt offen, bei forcirter Respiration geht der auf alle Muskeln geübte stärkere Innervationsimpuls an den gelähmten Erweiterern spurlos vorüber, koncentrirt sich auf die Schließer und bedingt so die inspiratorische Verengerung.« O. hält seinen Fall daher für geeignet, die von Rosenbach vertretene Anschauung, wonach die inspiratorische Annäherung der Stimmbänder bei der doppelseitigen Posticuslähmung lediglich durch die Aktion der pervers innervirten Glottisverengerer bedingt werde und nicht »in Folge der Differenz des äußeren Blutdrucks mit jenem in der verdünnten Luft in der Trachea entstehe«, zu stützen. Die Erkrankung führt O. im vorliegenden Fall auf rheumatisch-katarrhalische Basis zurück.

II. Beobachtungen über Pharynx und Larynx von Taubstummen.

O. bestätigt in vielen Punkten die Resultate der über den gleichen Gegenstand von Krieshaber angestellten Untersuchungen, so die Häufigkeit des Vorkommens vergrößerter Tonsillen, welche mehrmals ein mechanisches Hindernis für die Ausführung der Kehlkopfspiegeluntersuchung abgaben, so die große Toleranz der Taubstummen gegen die Einführung des Kehlkopfspiegels. Den Kehldeckel fand O. entgegen Krieshaber meist aufgerichtet, nicht wie letzterer auffallend rückwärts gelagert; an dem eigentlichen Stimmapparat keine wesentlichen Veränderungen; beim Phoniren klaffte aber die Glottis in

verschieden hohem Grade, weil diese Individuen durch die mangelhafte Kontrolle seitens des Gehörorgans ihre Stimmbänder unzweckmäßig spannen und fehlerhaft einstellen. In diesem Moment ist auch die eigenthümliche Stimmbildung der Taubstummen zu suchen; den Schluss der Arbeit bilden Mittheilungen über die Ätiologie der Taubstummheit in den 137 von O. untersuchten Fällen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

8. **v. Hippel.** Jequirity-Ophthalmie.

(Bericht der Heidelberger ophthalmol. Gesellschaft von 1883.)

9. **A. Neisser** (Breslau). Über die Natur der Jequirity-Ophthalmie.

(Fortschritte der Medicin 1884. No. 3.)

10. **C. Salomonsen** und **G. Ch. Dirckinck-Holmfeld.** Die Ätiologie der Jequirity-Ophthalmie.

(Ibid.)

11. **E. Klein** (London). Ein Beitrag zur Ätiologie der Jequirity-Ophthalmie.

(Centralbl. f. med. Wissensch. 1884. No. 8.)

Nach der im vorigen Jahre erschienenen ausführlichen Arbeit Sattler's über die Natur der Jequirity-Ophthalmie und den mehrfachen v. Wecker'schen Publikationen, hat die Jequirity-Litteratur inzwischen einen bedeutenden Umfang gewonnen. Die oben erwähnten 4 Arbeiten beschäftigen sich in erster Linie mit der Erforschung der Natur der Jequirity-Ophthalmie und kommen übereinstimmend in dieser Hinsicht zu anderen Resultaten als Sattler, der diese Ophthalmie als eine neue Infektionskrankheit bezeichnete und sie auf einen specifischen Bacillus zurückführt.

v. Hippel stimmt in den meisten Punkten, was die Dosirung und die Bereitung der Jequirity-Maceration anbetrifft, so wie in der Schilderung des Krankheitsbildes etc. mit Sattler überein. Nur tritt er der Ansicht entgegen, dass ein specifischer Bacillus die Jequirity-Ophthalmie hervorbringe. Hiergegen spricht 1) das Fehlen eines Inkubationsstadiums, unmittelbar nach der Bepinselung der Conjunctiva setzt die Gefäßinjektion ein, 2) der Umstand, dass durch Übertragung von Sekret aus einem an Jequirity-Ophthalmie erkrankten Auge auf ein gesundes die Entzündung nicht hervorgerufen wird, 3) der Bacillus der Jequirity-Maceration kommt auch in Erbsen- und Heuaufgüssen vor, ferner ist die Jequirity-Maceration, auch wenn sie ganz frei von Bacillen ist, dennoch durchaus wirksam. Man kann die Maceration bacillenfrei erhalten, wenn man statt destillirten Wassers Karbol- oder Salicyllösungen benutzt, dieselben bleiben bacillenfrei und lange wirksam. Die Impfversuche Sattler's mit Reinkulturen des Bacillus erkennt v. H. nicht als beweiskräftig an, weil sie eben die typische Jequirity-Ophthalmie nicht hervorrufen. Das Wirksame muss ein chemisch differenter Stoff oder ein unge-

formtes Ferment sein. Gaehtgens hat u. A. eine ölige Substanz dargestellt aus dem Jequirity-Samen, welche bei Kaninchen eine der Jequirity-Ophthalmie sehr ähnliche Entzündung hervorrief.

In der sich anschließenden Diskussion hält Sattler seinen früheren Standpunkt in jeder Hinsicht aufrecht.

Neisser äußert sich ungefähr in folgender Weise: Es sind bisher zwar die Versuche, ein vegetabilisches Ferment darzustellen, missglückt, aber doch ist wohl ein solches das Wirksame. Die Jequirity-Ophthalmie ist keine Bakterienerkrankung, denn sonst müsste 1) eine bestimmte Bakteriengattung in dem Infus sein, 2) ohne Bakterien müsste das Infus unwirksam sein, 3) die isolirten, reinkultivirten Bakterien müssten zum mindesten dieselbe Wirksamkeit haben, wie die bakterienhaltige Flüssigkeit, 4) in den hervorgerufenen Krankheitsprodukten (Conjunctivalsekret und Infiltrat) müssten Infektionsträger sich vorfinden und dann, auf neue Thiere übertragen, daselbst eine identische Erkrankung hervorrufen. Ein Bacillus (der von Sattler beschriebene) ist allerdings vorherrschend in dem Jequirity-Infus, aber er hat nichts Specifisches. N. fand nämlich, 1) dass bakterienfreie Infuse sich als eben so wirksam erwiesen, wie frische bacillenhaltige, 2) Impfungen mit Reinkulturen der Bacillen blieben erfolglos, 3) weder in den durch die Ophthalmie erzeugten Sekreten, noch im Gewebe der chemotischen Lider fand N. ein einziges Mal die Bacillen, 4) Inokulationsversuche mit den Ophthalmie-Sekreten oder mit Conjunctivalfetzen blieben gänzlich resultatlos. Die Immunität ist nur eine örtliche, und nicht etwa jene bei Infektionskrankheiten bekannte Immunität des ganzen Organismus gegenüber dem Krankheitsgifte nach einmaliger Durchseuchung. Ferner spricht gegen die Natur einer Infektionskrankheit der Jequirity-Ophthalmie, dass die Koncentration der Maceration von Wichtigkeit für die Wirksamkeit ist.

C. J. Salomonsen und Dirckinck-Holmfeld kommen zu folgenden Resultaten: 1) Die Jequirity-Ophthalmie wird nicht durch Bakterien verursacht, 2) sie wird dagegen durch ein in dem Jequirity-Samen enthaltenes Gift hervorgerufen, welches in Wasser und Glycerin löslich, in Alkohol, Äther, Benzin und Chloroform unlöslich ist und durch 1stündige Erwärmung auf 65—70° (C.) vollständig unwirksam wird. 3) Schon die Giftmenge, welche in sehr kleinen Mengen Jequirity-Samen enthalten ist, reicht hin, um eine deutliche Conjunctivitis bei Kaninchen hervorzurufen. Auf Mäuse und Frösche wirkt das Gift subkutan injicirt schnell tödtend.

Empfohlen werden von diesen beiden Autoren namentlich auch die Glycerinmacerationen von Jequirity den Ophthalmologen zum praktischen Gebrauch, weil sie besser haften und sich länger wirksam erhalten.

Klein tritt ebenfalls gegen die Specificität des Jequirity-Bacillus auf, 1) weil er die Ophthalmie mit Infusen ohne Bacillen erzeugen konnte, 2) weil aus dem Eiter der Jequirity-Ophthalmie sich keine Bacillen züchten lassen, 3) weil Kochen das Jequirity-Infus unwirk-

sam macht, aber die Sporen der Jequirity-Bacillen durch kurzes Kochen nicht unwirksam werden. **Uhthoff** (Berlin).

---

12. S. West. Remarks upon the treatment of typhoid fever by the cold bath.

(Med. times and gaz. 1884. März 8.)

W. erklärt sich im Ganzen gegen die Behandlung des Typhoids mit kalten Bädern, da sie meist unnöthig sei und nicht bessere Resultate liefere als anderweitige umsichtige Behandlung. Nur bei hyperpyretischen Temperaturen will er die kalten Bäder gelten lassen. Die Gefahren der Krankheit liegen durchaus nicht bloß, auch nicht einmal vorzugsweise in der hohen Temperatur. Die von den Anhängern der antipyretischen Methode in so großer Zahl beigebrachten Statistiken erkennt er nicht als beweisend an — Statistiken können nach ihm derartige Fragen überhaupt nicht lösen, weil Jahre und Jahrzehnte lang ganz auffallende Schwankungen vorkommen — viel wichtiger sind ausgedehnte persönliche Erfahrungen, und diejenigen einer ganzen Reihe von Ärzten an größeren Spitälern, die er anführt, lauten der Kaltwasserbehandlung im Ganzen nicht günstig. Aus einigen beigegebenen Tabellen wird man allerdings kaum andere Schlüsse ziehen können, doch ist nicht ersichtlich, ob die geübte Kaltwasserbehandlung wirklich identisch mit der Brand'schen Methode war. **Küssner** (Halle a/S.).

---

13. C. M. Cauldwell. Calcium sulphide in the treatment of diabetes mellitus.

(New York med. journ. 1884. April 5.)

Dr. Husted hat Calciumsulfid (Calcaria sulfurata, Kalkschwefelleber) zuerst an sich selbst gegen Diabetes mit befriedigendem Erfolge, in Verbindung mit Regulirung der Diät, versucht. Seither ist es von mehreren Autoren, vom Verf. in 6 Fällen gegeben worden, in deren einem es erfolglos blieb, während in den beiden anderen, wie er sich vorsichtigerweise ausdrückt, Besserung und endlich Genesung »während des Gebrauchs eintrat«. Die Dose des Mittels betrug im ersten Falle 5mal täglich $^1/_4$ Gran (0,015) im zweiten 3mal täglich $^1/_2$ Gran (0,03). Beide Fälle datirten seit etwa einem Jahre, die tägliche Urinmenge war Anfangs sehr groß, spec. Gew. 1042 resp. 1038, Zuckergehalt beträchtlich (nicht procentisch bestimmt), das erste Mal waren nach ca. 6wöchentlicher, das zweite Mal nach 1monatlicher Kur alle Symptome geschwunden und der Urin zuckerfrei; spätere Untersuchungen bestätigten die Fortdauer dieses günstigen Zustandes. Verf. fordert daher zu weiteren Versuchen auf.

Posner (Berlin).

---

14. **John P. Curley.** Cod-liver oil, combined with the muriates of ammonium and sodium.

(Philadelphia medical news 1884. April 12.)

Verf. vertheidigt zunächst die außerordentliche Heilkraft des Leberthrans überhaupt bei tuberkulösen, skrofulösen, rachitischen Zuständen, bei erschwerter Rekonvalescenz, während der Dentition etc., dafern man nur eines reinen und unverfälschten Präparates sicher sei, und dasselbe in zweckmäßiger Weise dem Organismus einverleibe. Zu letzterem Behufe lässt er den Thran mit Gummi arabicum emulsioniren, um so den daniederliegenden Verdauungsorganen spec. dem Pankreas, Arbeit abzunehmen und ihn leichter resorbirbar zu machen. Während nun meist solche Emulsionen mit Phosphaten gegeben werden, deren Wirkung ziemlich hypothetisch, verbindet Verf. sie zur Hebung des Gesammtstoffwechsels mit Chloriden spec. Chlorammonium und Chlornatrium — eine Mischung, welche ein Fabrikant in Philadelphia, Namens Quinn gewerbsmäßig unter dem Namen Morrholeïn darstellt. Der Gebrauch derselben soll in vielen Fällen von außerordentlichem Erfolg und ohne unangenehme Nebenwirkungen gewesen sein. Verf. citirt dafür 3 Belegfälle, von denen der letzte das stupende Faktum aufweist, dass Pat., ein 32jähriger, hereditär belasteter Phthisiker, mit trockenem Husten, Nachtschweißen, nervöser Prostration und endlich einer fast 2 Quart betragenden Hämorrhagie nach kurzer Behandlung »practically well« entlassen wurde! Die Quinn'sche Emulsion enthält auf 100 g 66 g Leberthran und 3 g Chloride und wird in der gleichen Dose wie reiner Thran in Zuckerwasser oder Milch aufgelöst eingenommen. **Posner** (Berlin).

---

15. **H. C. Wood.** Note on the use of hydrobromic acid in epilepsy.

(Philadelphia med. news 1884. Febr. 23.)

W. hat gefunden, dass die Bromwasserstoffsäure, die statt ihrer Salze (Bromkalium etc.) schon mehrfach bei Epilepsie versucht ist, eben so gute, ja noch bessere Wirkungen entfaltet als jene, wenn sie in äquivalenten Mengen gegeben wird; die von manchen Autoren berichteten mangelhaften Erfolge beruhen wahrscheinlich bloß darauf, dass zu kleine Dosen der Säure gereicht wurden. Außerdem muss man sie in großen Quantitäten Wasser gelöst nehmen lassen. Magenstörungen, Akne etc. traten danach gar nicht oder in viel geringerem Maße auf als nach Bromkalium, und die Wirkung auf die Häufigkeit der Anfälle war bei 12 schweren Epileptikern auch entschieden besser als die des Bromkaliums. **Küssner** (Halle a/S.).

Kasuistische Mittheilungen.

16. **Weill.** Souffle systolique de la pointe dans un cas de lésion aortique.

(Revue de méd. 1884. No. 3. p. 253.)

Während man allgemein als charakteristisch für die an den Aortenklappen entstehenden Geräusche den Sitz an der Herzbasis annimmt, berichtet W. über einen Fall, in welchem die Sektion Veränderungen an den Aortenklappen nachwies, während das bei Lebzeiten gehörte Geräusch seinen Sitz nur und ausschließlich an der Herzspitze hatte, der gewöhnlichen Prädilektionsstelle der Geräusche bei Mitralfehlern. Es handelte sich um einen Pat., der vier Jahre vorher einen akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, und jetzt Monate lang an Schlaflosigkeit, Oppression und Palpitationen und Ödem der Beine litt. Spitzenstoß im 6. Interkostalraum, außerhalb der Mammillarlinie, schwer zu fühlen, kein Frémissement. An der Herzspitze ein lautes systolisches Geräusch, das sich nach der Basis zu abschwächt. Kein Carotidengeräusch. Nachdem Pat. an einer Gehirnblutung zu Grunde gegangen, zeigt die Sektion des Herzens die Mitralklappen absolut intakt; für die Annahme einer relativen Mitralinsufficienz fehlt jeder Anhalt, auch der Herzmuskel erscheint gesund. Dagegen zeigen die Aortenklappen auf ihrer Innenfläche fibröse Auflagerungen, die parallel der Achse des Gefäßes 1—$1^1/_2$ cm lang sich erstrecken. Die Aorta ist mäßig atheromatös. Verf. versucht eine theoretische Erklärung des auffallenden Verhaltens zu geben. Er meint, dass in allen Fällen, in denen retrograde Vibrationen des Herzens entstehen, dadurch, dass das Blut aus einer verengten in eine erweiterte oder aus einer erweiterten in eine verengte Stelle eintritt, immer an der Herzspitze ein Geräusch hörbar sein wird, weil diese der Brustwand am nächsten anliegt. Es ist also nicht jedes Geräusch desshalb, weil es an der Herzspitze seinen Sitz hat, mit Sicherheit auf einen Mitralfehler zu beziehen. Auch Marey hat schon auf das Auftreten eines systolischen Geräusches an der Herzspitze bei Stenose des Aortenostiums hingewiesen.

G. Kempner (Berlin).

17. **Francis Delafield.** Acute lobar pneumonia with the formation of organized inflammatory products within the air-passages and vesicles.

(New York med. record 1884. April 12.)

Zwei Fälle von akuter lobärer Pneumonie mit sehr hervortretenden typhösen Symptomen, welche tödlich endeten und bei denen die Sektion das Vorhandensein eigenthümlicher Pfröpfe in den feinsten Bronchien und Alveolen nachwies: sie bestanden zum Unterschied von der gewöhnlichen krupösen Form, vorwiegend aus Zellen, — runden, ovalen, spindelförmigen, polygonalen und auch epithelialen — mit nur geringer Fibrinabscheidung; im ersten Falle waren weite Blutgefäße durch Injektion von der Lungenarterie aus zu erfüllen. Verf. spricht die Pfröpfe demnach als neugebildetes Gewebe an und will später noch detaillirtere Beschreibung mit Abbildungen nachliefern. Ein dem Verf. besonders auffallendes Faktum, dass nämlich die Pfröpfe nicht das ganze Lumen der Alveolen erfüllten, sondern nur stellenweise durch ausgespannte Fibrinfäden die Wände berührten, kommt auch bei echter krupöser Pneumonie nicht eben selten zur Beobachtung: kocht man solche Lungen, so findet man die Lücken mit granulirter Masse koagulirten Eiweißes erfüllt.

Posner (Berlin).

18. **A. W. Mayo Robson.** Ein Fall von Reflexlähmung.

(Lancet 1884. I. p. 659.)

Der folgende Fall, der wohl kaum als »Reflexlähmung« aufzufassen sein dürfte, wird beschrieben. Ein Mädchen von 14 Jahren fiel mit einem Krug hin und brachte sich eine 2 Zoll lange Wunde am rechten Vorderarm, vorn innen bei, etwa in der Mitte des Armes. Die Wunde heilte langsam granulirend. Wenige

Wochen später bemerkte sie etwas Schwäche in der rechten Hand; das nahm langsam zu und führte im Verlauf von 9 Monaten zu starker Atrophie des Daumen- und Kleinfingerballens. Die Hand war kalt, der ganze Vorderarm dünner als der der anderen Seite. »Wenn die Hand warm war«, war kein Sensibilitätsverlust nachweisbar. Etwas später wurde auch Kraftverlust in den Muskeln des Schultergürtels und Oberarms bemerkt. In der Handmuskulatur bestand Entartungsreaktion.

Alle diese Paresen besserten sich etwas beim Gebrauch des galvanischen Stromes. Nur die Daumenballenmuskulatur reagirte auch auf die stärksten Ströme nicht.

Es ist nicht recht klar warum R. diesen Fall von Neuritis traumatica als Reflexlähmung beschreibt. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

19. **Brown-Séquard.** Persistance de la parole dans le chant, les rêves et le délire, chez les aphasiques.

(Soc. de biol. de Paris 1884. April 19.)

B.-S. bespricht den Fall eines Aphasikers, der oft im Schlafe verständlich und logisch gesprochen hatte. Der Kranke, ein angesehener Arzt in Cincinnati, besaß freilich ungetrübte Geistesfähigkeit. Noch einen anderen Fall erwähnt B.-S., worüber er Mittheilungen vom Bruder des Verstorbenen erhielt. Es war dies ebenfalls ein Aphasiker, der plötzlich seine Sprache verloren hatte und dabei noch alle Fähigkeit zu schreiben. Sonderbar ist es aber, dass der Kranke das Singen nicht vergaß. Er sang fast alle Lieder, die er vor dem Anfalle kannte. Im Delirium sprechende Aphasiker sind B.-S. zweimal während seiner ärztlichen Laufbahn begegnet. Einmal war es auf der Insel Wight und betraf einen Pastor aus Osborne, den er im Jahre 1862 behandelte. Im Delirium einer heftigen Meningoencephalitis soll dieser Kranke gesprochen haben, um seine Wahnideen auszudrücken.

Diese Fälle zeigen, dass die Eigenschaft, mit der wir unsere Ideen im Wachzustande verständlich ausdrücken, verloren werden kann, ohne dass gleichzeitig und nöthigerweise die Eigenschaft mitverloren werden muss, mit der man den konfusen Ideen im Traume, im Delirium, oder den mnemotechnisch von einem musikalischen Rhythmus abhängenden Vorstellungen manchmal durch die Sprache Ausdruck verleiht. **Marcus** (Paris).

20. **Rosenthal** (Warschau). Ein Fall von corticaler Hemiplegie mit Worttaubheit.

(Erlenmeyer's Centralblatt 1884. No. 1.)

38jähriger Mann, als Kind epileptisch, vor 7 Jahren Lues, 1878 rechtsseitige Hemiplegie (mit oder ohne Aphasie? Ref.), 1879 linksseitige Hemiplegie mit Aphasie und Krämpfen, welche nach 3 Monaten verschwand.

1880 dritter Anfall: linksseitige Hemiplegie, Aphasie, Taubheit, psychische Erregung.

1882: Pat. ist worttaub, versteht fast gar nichts von dem was zu ihm gesprochen wird, zum Theil Geberden, verfügt nur über wenige Worte. Eine Herabsetzung der Hörschärfe besteht nicht. Linksseitige Hemiplegie mit sekundärer Kontraktur. Weinerliches, sonst ruhiges Wesen. Der Zustand blieb ein völlig stationärer bis zum Oktober 1883, wo der Tod eintrat.

Die Autopsie ergab rechts eine auf Encephalitis corticalis beruhende thalergroße 5—8 mm tiefe Höhle, die ganze hintere Centralwindung und die anliegenden Partien des oberen Parietalläppchens und des Gyr. supramarginalis umfassend, links dagegen eine Zerstörung der ersten Schläfewindung im oberen Drittel und des angrenzenden vorderen Abhangs der zweiten Schläfewindung. Verf. bezieht die sensorische Aphasie nach Wernicke auf die letztere Läsion. (Bei dem Fehlen der Angabe über etwaige Aphasie beim ersten rechtsseitigen Anfall, über etwaige Linkshändigkeit und bei der Multiplicität des Befundes scheint der Fall nur eine geringe Stütze für Wernicke's Ansicht zu bieten. Ref.)

Thomsen (Berlin).

21. Sommerbrodt. Mittheilung von Heilungen pathologischer Zustände, welche durch Reflexvorgänge von der Nase her bewirkt waren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 10 u. 11.)

Kasuistischer Beitrag; der erste Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, der in der Rekonvalescenz nach einer im Juni 1882 überstandenen »bedeutenden Meningitis« (? Ref.) im August beim Ausfahren von Niesen und Nasenbluten befallen wurde; Niesen und häufige Schnupfenattacken dauerten fort; die Niesanfälle traten auch Nachts auf und an den, solchen Nächten folgenden, Morgen waren die Augen roth, die Conjunctiven chamotisch. Seit Ende August kontinuirlicher Husten; seit Mai Trägheit und Gedächtnisschwäche; die Niesanfälle wurden durch psychische Vorgänge hervorgerufen; beispielsweise wenn der Knabe von seinem Vater aus irgend einem Grunde gescholten wurde. (Ref. hat einen Knaben beobachtet, bei dem aus gleicher Veranlassung regelmäßig Asthmaattacken auftraten.) Außerdem bestand seit 2 Monaten Erbrechen, das manchmal auch die Folge von psychischen Eindrücken zu sein schien. S. konstatirte bei dem Knaben außer hypertrophischen Tonsillen Verdickung des Überzugs beider unteren Muscheln und kauterisirte die erkrankten Partien in mehreren Sitzungen, worauf alle oben genannten Symptome schwanden.

Eine zweite Krankengeschichte berichtet über einen 30jährigen Herrn, welcher an jedem Morgen nach vorangegangenen Niesattacken Erscheinungen des phonischen Stimmritzenkrampfes darbot; er empfand dabei ein unangenehmes, stark zusammenschnürendes Gefühl im Halse, war für 2—3 Minuten unfähig laut zu sprechen und konnte mit großer Mühe nur einzelne Silben herauspressen. Dieser Zustand trat nicht ein, wenn Pat. das Sprechen unterdrückte, es bestand dann nur jenes Gefühl der Zusammenschnürung. Nach Kauterisirung des Überzugs der linken unteren Muschel, welche erkrankt befunden wurde, verlor sich der geschilderte Symptomenkomplex.

Es folgt ein Bericht über 4 Fälle von Asthma, welche durch die galvanokaustische Behandlung der erkrankt befundenen Nasenschleimhaut geheilt worden sind; zwei der hierher gehörigen Pat. gaben mit Bestimmtheit an, ihre asthmatischen Beschwerden nur in einer Brusthälfte zu empfinden.

Endlich hat S. in einem Falle von Keuchhusten (!) die pathologische Nasenschleimhaut kauterisirt und es ist während 8 Tagen ein Ausbleiben der Keuchhustenanfälle erreicht worden, eine Wiederholung der Kauterisation der Nasenschleimhaut nach dieser Zeit ist ohne jeden Einfluss auf den Keuchhusten gewesen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

22. Schäffer. Ein Beitrag zur Frage über die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des N. laryng. infer. (recurrens).

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 9.)

S. berichtet über 8 Fälle von einseitiger Lähmung des Recurrens (links), die jedes Mal zunächst mit einer Lähmung der den M. crico-aryt. post. versorgenden Fasern begann und bestätigt damit die von Semon besonders urgirte Behauptung, wonach die Fasern des N. lar. inf., welche für die Stimmbandabduktoren bestimmt sind, in Fällen unzweifelhafter centraler oder peripherer Erkrankung resp. Verletzung der Wurzeln oder Stämme des N. access. Willis. oder recurrens ausschließlich oder früher gelähmt werden, als die die Stimmbandadduktoren innervirenden Fasern. Die Ätiologie für das Zustandekommen der Recurrenslähmung ist in den meisten der S.'schen Fälle nicht angegeben, über das schließliche Schicksal der Pat. erfährt man nur bei einem einzigen etwas Genaueres.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N°. 26. **Sonnabend, den 28. Juni.** **1884.**

1. **Simanowsky** und **Schoumoff**. Einfluss des Alkohols und des Morphiums auf die physiologische Oxydation.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIII. p. 251—271.)

Die von Nencki und Sieber gefundene Thatsache, dass normale Thiere einen konstanten Bruchtheil des ihnen einverleibten Benzol zu Phenol oxydiren, hatte diesen Forschern schon dazu gedient, den Einfluss verschiedener Eingriffe auf die »physiologische Oxydation« zu messen.

Verff. untersuchten nach dieser Methode die Wirkung des Alkohols und des Morphium. Sie fanden, dass ersterer die Oxydation des gleichzeitig eingeführten Benzol erheblich beschränkt, Morphium aber sie merklich verstärkt.

Die Herabsetzung der Oxydation des Benzols durch Alkohol erklären **Verff.** z. Th. durch eine direkte Wirkung des Mittels auf das Protoplasma der oxydirenden Zellen (diese Erklärungsmöglichkeit wird

durch später zu referirende Experimente Rumpf's abgeschnitten, Ref.). Anderentheils wird daran erinnert, dass der Alkohol, indem er oxydirt wird, einen Theil des disponibeln aktiven Sauerstoffs verbraucht und so dem Benzol entzieht.

(Ref. möchte hervorheben, dass die Versuche der Autoren beweisen, dass die Fähigkeit des Organismus Benzol zu oxydiren keineswegs mit der Intensität der gesammten Oxydationsprocesse im Thierkörper parallel geht. In der Morphiumnarkose ist die Oxydation des Benzol gesteigert, der O-Verbrauch stark herabgesetzt [vgl. Rumpf's neueste Publikation]; in der nicht zu intensiven Alkoholnarkose fand Wolfer's den O-Verbrauch meist gesteigert; die Oxydation des Benzol ist stark abgeschwächt.) **N. Zuntz** (Berlin).

---

2. O. Loew. Sind Arsenverbindungen Gift für pflanzliches Protoplasma?

(Pflüger's Archiv Bd. XXXII. p. 111.)

Die specifische Giftwirkung des Arsen kommt weder dem pflanzlichen Protoplasma noch einfach organisirten Thieren gegenüber zur Geltung. Noch so hoch organisirte Thiere, wie Insektenlarven, zeigen diese Immunität gegen Arsen. Verf. schließt aus diesem Verhalten, dass es nur bestimmte specifische Organisationen des Protoplasma sind, welche die große Empfindlichkeit der höheren Thiere gegen Arsen bedingen. **N. Zuntz** (Berlin).

---

3. A. Russo Gilliberti (Palermo). L'innervazione motrice dello stomaco.

(Archivio per le scienze med. 1884. vol. VII. No. 19.)

Die Experimente des Verf.s wurden in der Weise angestellt, dass bei laparotomirten Kaninchen durch das Duodenum eine mit dem Mosso'schen Plethysmographen in Verbindung gesetzte Kanüle in den mit lauwarmem Wasser angefüllten Magen gebracht wurde, und darauf die am Halse freigelegten Nervi vagi und sympathici unter Variation der Bedingungen (mit und ohne Durchschneidung, Reizung des peripheren oder centralen Endes, Reizung eines oder beider Nervi vagi resp. sympathici, Reizung nach Durchschneidung des Rückenmarks) mittels des Du Bois'schen Schlitteninduktoriums elektrisch gereizt wurden. Kontraktionen des Magens mussten dann am Apparate Kurven ergeben.

Die Versuche führten den Verf. zu dem Schlusse, dass die motorische Innervation des Magens abhängig ist vom Vagus, vom Sympathicus und von der Medulla spinalis, dergestalt, dass wenn man die Energie der Kontraktionen als maßgebend betrachte, den größten Antheil an der Innervirung der Vagus habe, einen geringeren der Sympathicus, den kleinsten die Medulla spinalis. Bei Reizung der peripheren Fasern der durchschnittenen Nervenstämme erhält man

eine Kontraktion des Magens in toto, eine Koordination der Magenbewegungen (peristaltische Bewegung) findet nur statt bei Reizung der centripetalen Fasern, in welchem Falle der Reiz also durch Vermittlung des Koordinationscentrums und der anderen (intakten) motorischen Nerven zum Magen gelangt. **Freudenberg** (Berlin).

---

4. **Coze** et **Simon.** Recherches comparatives sur l'action physiologique du muguet (convallaria majalis) et de la digitale.

(Bull. gén. de thérap. 1883. Dec. 15.)

Die Untersuchungen wurden an curarisirten Fröschen und Schildkröten angestellt, bei denen das freigelegte Herz seine Pulsationen auf den Cylinder des Foucault'schen Polygraphen übertrug. Das Medikament gelangte mittels Pravaz'scher Spritze in die Peritonealhöhle. Aus den (im Original) beigelegten Kurven ergiebt sich, dass sowohl das Extrakt der frischen Pflanze (in Dosen von 0,1—0,2) als auch der weingeistige Auszug der Blüthen (in Dosen von 1,25) eine Verlangsamung der Herzschläge und eine beträchtliche Erhöhung der Pulswelle hervorbringen kann. Bei toxischen Dosen und darauf folgendem Tode bleibt das Herz in Systole stehen. Zum Vergleich wurde die Tinct. digitalis in Dosen von 0,1—0,5 benutzt und dabei festgestellt, dass mit Convall. majalis wie mit Digitalis eine therapeutisch verwerthbare Verlangsamung der Herzschläge und Erhöhung der Pulswelle erzielt werden kann, dass die Dauer dieser Periode beinahe gleich lang ist für beide Medikamente, dass die Erhöhung der Pulswelle bei Convallaria etwas größer ausfällt, und dass die Convallaria niemals wie die Digitalis eine gefährliche Periode zeigt, in der ein länger dauernder Stillstand des Herzens eingeschaltet ist zwischen zwei Reihen von verlangsamten regelmäßigen Pulsationen.

Seifert (Würzburg).

---

5. **Giuseppe Lapponi** (Pollenza-Marche). Dell' acido picrico come reattivo dell' albumina nell' analisi chimica delle orine.

(Rivista clinica 1884. fasc. 3.)

Verf. hält nach seinen Erfahrungen und Experimenten die Eiweißprobe mit gesättigter wässriger Pikrinsäurelösung für eine sichere und bequeme Reaktion, welche die gebräuchlichen Proben mit Salpetersäure, Essigsäure, Erhitzung an Empfindlichkeit bei Weitem übertrifft. Er glaubt, die Behauptung von Cooke und Watkins (Medical news 1883, Oktober), dass die Pikrinsäure mit Kalisalzlösungen, so wie bei Urinen von Individuen, die vorher Chinin oder Cinchonidin genommen hatten, eine identische Reaktion giebt, wenigstens für die Kalisalze und das Chinin entschieden zurückweisen zu müssen. In

Bezug auf das Cinchonidin konnte er eine Kontrolle nicht eintreten lassen, da ihm die Substanz nicht zur Verfügung stand.

Freudenberg (Berlin).

---

6. **Pasteur,** avec la collaboration de Chamberland et Roux. Sur la rage.

(Bull. de l'acad. de méd. 1884. No. 21. Séance du 20. Mai.)

Die Mittheilungen, welche P. neuerdings über die ihm gelungene Abschwächung des Tollwuthgiftes der Pariser Akademie gemacht hat, haben mit vollem Recht das Interesse der Öffentlichkeit in außergewöhnlichem Maße auf sich gelenkt, weil sie die Aussicht eröffnen, dass es schließlich glücken wird, ein wirksames Mittel zur Bekämpfung dieser gefährlichen Affektion wenigstens beim Hunde zu finden. Schon früher hatte P. angegeben (cf. Centralblatt 1884 No. 17), dass die Intensität des Wuthgiftes modificirbar sei, indem man dasselbe durch verschiedene Thierspecies hindurchführt. Seinen neueren Angaben entnehmen wir, dass die Virulenz abnimmt, wenn das Virus eine Reihe von Generationen hindurch den Organismus des Affen passirt hat, während sie umgekehrt sich steigert bei fortlaufender Übertragung auf Kaninchen oder Meerschweinchen. Im ersteren Falle, bei der Impfung vom Affen auf Affen, wird das Gift schließlich so abgeschwächt, dass seine nunmehrige Übertragung auf Hunde durch subkutane Injektion oder Trepanation ohne Effekt bleibt. Dagegen gewinnt das im Kaninchenkörper fortgezüchtete Gift eine solche Intensität, dass schließlich die damit geimpften Hunde ausnahmslos einer tödlichen Rabies verfallen. Diese Änderungen in der Virulenz vollziehen sich aber, wie angeführt, erst nach Ablauf einer bestimmten Zeit, wenn das Gift eine Reihe von Thieren der gleichen Species durchwandert hat. Auf solche Weise kann man schließlich Impfmaterial von der verschiedensten Virulenz gewinnen und damit erfolgreiche Präventivimpfungen bei Hunden ausführen. Zu letzteren benutzt neuerdings P. das Blut der erkrankten Thiere, in deren Körper das Virus die entsprechenden Modifikationen erfahren hat. Die ausführliche Beschreibung der Methode wird erst später bekannt gemacht werden. Doch giebt P. an, dass es ihm bereits gelungen sei, auf die angegebene Weise Hunde völlig refraktär gegen Rabies zu machen.

Von ganz besonderer Wichtigkeit würde es sein, wenn die Methode der Impfung auch noch in dem Falle wirksam wäre, wo bereits eine Infektion auf natürlichem Wege (durch Biss) stattgefunden hat. Versuche, die nach dieser Richtung bereits angestellt sind, scheine in der That darauf hinzuweisen, dass eine solche Möglichkeit besteht.

Zur Prüfung seiner Methode der Präventivimpfung bei Tollwuth hat P. den Unterrichtsminister um die Ernennung einer Kommission ersucht, vor welcher er folgendes bemerkenswerthe Experiment auszuführen gedenkt. Er wird hinter einander 20 geimpfte und 20 ungeimpfte Hunde von tollwuthkranken beißen lassen und erwartet,

dass die vaccinirten intakt bleiben, die nicht vaccinirten dagegen — wenigstens zum Theil (da bekanntlich der Biss selbst bei Hunden nicht ausnahmslos die Tollwuth hervorruft) — der Rabies verfallen werden. Ein zweiter, noch entscheidenderer Versuch würde darin bestehen, dass weiteren 40 Hunden, von denen wiederum die Hälfte refraktär gemacht ist, das Gift auf dem Wege der Trepanation inokulirt wird; in diesem Falle müssen die geimpften mit dem Leben davonkommen, während die ungeimpften ausnahmslos unter den Erscheinungen der paralytischen oder rasenden Wuth sterben würden.

A. Fränkel (Berlin).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

(Fortsetzung. Bd. II. p. 421—499.)

7. F. Löffler. Untersuchungen über die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entstehung von Diphtherie beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe.

An der Hand der neuen durch die Meisterhand Koch's geschaffenen und ausgebildeten Untersuchungsmethoden für die Bakterienforschung, nahm der Verf. von Neuem die Diphtheriefrage auf, mit dem Bestreben, den specifischen Mikroorganismus dieser Erkrankung zu finden. Seine Aufmerksamkeit richtete sich hierbei, wie diejenige aller früheren Untersucher, wieder auf die diphtheritischen Krankheitsprodukte, die Membranen etc., an den lokal afficirten Stellen, und zwar desshalb, weil, wie er glaubt, die Anwesenheit des Virus in diesen Produkten »mit Sicherheit festgestellt war«, während für die infektiösen Eigenschaften anderer Körpertheile und Säfte Diphtherischer die stringenten Beweise fehlten.

Nach einem historischen Überblick, dessen Resultate Verf. dahin zusammenfasst, dass alle bisherigen Untersuchungen zu einem befriedigenden Resultat über die Ursache der Diphtherie nicht geführt haben, geht er zunächst an die Beschreibung des Krankenmateriales, welches seinen Untersuchungen zu Grunde gelegt wurde.

Er verfügt über 27 Krankheitsfälle, in denen allen mindestens die diphtheritischen Exsudate in Rachen oder Luftröhre, in deren größerer Hälfte (16) auch die inneren Organe mittels der bewährten neuen Methoden sorgfältig durchforscht wurden.

Vier dieser Fälle gehörten der Scharlachdiphtherie an, in einem Falle handelte es sich um eine zur Scharlacherkrankung hinzugetretene echte Diphtherie (Fall 5), in den übrigen 22 Fällen um die typische primäre Diphtherie. (Vielleicht ist von diesen letzteren Fall 24, vielleicht auch Fall 17 und 25 als noch zur Scharlachdiphtherie gehörig abzuziehen.)

In den Exsudaten auf der Oberfläche der erkrankten Schleimhäute (wie lange nach dem Tode die Organe zur Untersuchung kamen, findet sich in keinem Falle angegeben) fand nun Verf. denselben Wirrwarr saprophystischer Mikroorganismen, der schon früheren Unter-

suchern aufgefallen war; zur Aufgabe stellte er sich, unter all diesen Massen die eventuell essentiellen aus den offenbar viel zahlreicheren accidentellen Bakterien auszuscheiden.

Er kam dabei nicht zu einem einheitlichen Resultat, fand aber doch, dass zwei Formen eine hervorragende Rolle spielten, theils durch die Art ihrer Vertheilung und Ausbreitung, theils durch ihre morphologischen Eigenschaften.

Die eine dieser Formen bezeichnet er als kettenbildenden Mikrococcus. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass ein ziemlich großer Mikrococcus auf der meist epithellosen oder mit spärlichem zelligen Exsudat bedeckten Schleimhaut lange Ketten bildet, sich aber nicht auf die Oberfläche beschränkt, sondern in Form von zungenartigen Haufen ins Gewebe eindringt, immer von einem schmalen Saum nekrotischen Gewebes begleitet. Durch das Gewebe hindurch gelangt er in die Lymphgefäße, von da ins Blut und wuchert in diesem fort, so dass man ihn in manchen Fällen durch den ganzen Körper verbreitet findet, zahlreiche kleinste Blutgefäße der inneren Organe geradezu verstopfend.

Verf. fand diese Form in seinen 27 Fällen 14mal (oder 15mal? s. Fall 24), und zwar in allen 5 Scharlachdiphtheriefällen und in den zwei (oder drei) zweifelhaften Diphtherie- resp. Scharlachdiphtheriefällen, und in 7 von den 19 Fällen echter typischer Diphtherie, bei letzteren aber immer an denjenigen Stellen, wo nicht die derben festen Membranen auf der epithellosen Schleimhaut aufsaßen, sondern wo ein kernreiches dünnes Exsudat auf dem schon veränderten Schleimhautepithel an der Grenze der Membranen sich vorfand[1].

Schon a priori hielt Verf. diesen Mikrococcus — der morphologisch mit den sekundär bei Typhus, Variola etc. vorkommenden identisch ist — nicht für den Repräsentanten des Diphtheriegiftes, sondern für einen pathogenen Organismus, der als Komplikation zur Diphtherie hinzukomme, und in den bei der genannten Erkrankung sich ereignenden Schleimhautläsionen nur eine willkommene Eingangspforte in den Körper finde.

Nichtsdestoweniger wurden Reinzüchtungen dieses Mikrococcus vorgenommen.

Die Kultur desselben gelang in Fleischwasserpeptongelatine bei Zimmertemperatur, besonders gut aber in Fleischinfus, welchem 1% Pepton, $^1/_2$% Kochsalz und 1% Traubenzucker zugesetzt war bei 37° Temperatur. Letzterer kann durch Zusatz von 1% Agar-Agar auch bei Brüttemperatur starr erhalten werden. Noch besser entwickelte sich der Coccus auf erstarrtem Blutserum, welchem $^1/_4$ seines

[1] Man vergleiche damit die Angabe von Oertel, dem seine Infektionsversuche nicht mit den derben Pseudomembranen, sondern nur mit den »schmierigen« Tonsillenbelägen gelangen! (Auch Ref. sah bei seinen Versuchen mit »schmierigem Belag« Kokkenketten in den Gefäßen der inficirten Thiere.)

Volumens von der Fleischinfus-Pepton-Kochsalz-Zuckerlösung zugesetzt war.

So wurden also — unter im Original einzusehenden Kautelen — von einem Scharlach- und zwei Diphtheriefällen der Mikrococcus von der Tonsillenoberfläche, und von je einem Scharlach- und Diphtheriefall der in den inneren Organen befindliche Mikrococcus ausgesät und rein gezüchtet. Die einzelnen Kokken der Reinkulturen waren nicht alle von gleicher Größe. Mit den verschiedenen Generationen der Reinkulturen (von 4 der obigen Fälle) wurden nun Thierinjektionen mit folgenden Resultaten vorgenommen.

Mäuse zeigten sich nicht besonders empfänglich. Doch gingen eine gewisse Zahl (bei subkutaner Injektion des Giftes namentlich) unter Milzschwellung und Entwicklung massenhafter Kokkenketten im Blute zu Grunde.

Meerschweinchen, kleinere und größere Vögel erwiesen sich als nicht empfänglich für die Infektion, auch Injektionen der Kokken in die Trachea dieser Thiere waren nicht von Erfolg bebegleitet, eben so wenig (in 2 Fällen) die Einbringung derselben in die geöffnete Trachea (bei einem Huhn und einem Kaninchen). Auch Einimpfen des Giftes bei einem Hund und mehreren Affen hatte keine charakteristische Erkrankung zur Folge.

Bei Impfungen von Kaninchen erzielte Verf. mehrmals eine erysipelartige Entzündung, die sich weit über die Impfstelle hinaus verbreitete, aber eine allgemeine Infektion trat nicht ein.

Sehr merkwürdig aber gestalteten sich die Resultate, als Verf. Reinkultur des Mikrococcus aus den inneren Organen eines Scharlachfalles (und nachher auch — einer anderen Kaninchenrasse gegenüber — Reinkultur von der Tonsillenoberfläche eines primären Diphtheriefalles), in Fleischwasserpeptonzuckerlösung suspendirt, in größerer Menge direkt in das Blut von Kaninchen einspritzte. Von 8 in dieser Weise inficirten Kaninchen bekamen 5 schwere multiple eitrige Gelenkentzündungen. In allen entzündeten Gelenken waren wieder dieselben kettenbildenden Mikrokokken nachweisbar, und aus dem Gelenkeiter wieder rein züchtbar.

Bei einem späteren Versuch (mit den Kokken des Diphtheriefalles, s. o.) gelang es wieder von 4 Kaninchen bei dreien eine multiple granulirende Gelenkentzündung mit periartikulösen Abscessen hervorzurufen. Die Analogie dieser künstlich dargestellten Erkrankung mit den sekundären Gelenkeiterungen namentlich bei Scharlach springt ins Auge.

(Sehr interessant war, dass ganz analoge Resultate mit Blutinjektionen von Reinkulturen der Fehleisen'schen Erysipelmikrokokken hervorgerufen werden konnten.)

Jedenfalls ging aber aus all den genannten Versuchen hervor, dass mittels dieses Coccus eine auch nur annähernd der menschlichen Diphtherie gleichende Erkrankung nicht hervorgerufen werden konnte,

dass also die aprioristische Anschauung, es handle sich bei demselben um ein accidentelles Krankheitsgift, ihre Bestätigung fand.

Heubner (Leipzig).

(Fortsetzung folgt.)

---

8. M. Heitler. Über anorganische Mitralinsufficienz.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 14 u. 15.)

Man hat bisher vielfach alle Fälle von Mitralinsufficienz ohne anatomische Veränderungen an den Klappen als relative Insufficienzen bezeichnet. H. verwirft mit Recht diese Bezeichnung und will den Namen nur für diejenige Gruppe von Fällen gelten lassen, in welchen die Insufficienz wirklich durch ein Missverhältnis zwischen der Größe des Ostium und der der Klappen entsteht. Das kommt vor bei lange bestehender Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels. Aber außer dieser relativ kleinen Gruppe von Fällen giebt es noch eine große Anzahl anderer, in denen von einem anatomischen Missverhältnis zwischen Ostium und Klappe gar nicht die Rede ist, und in denen doch das Vorhandensein von sog. accidentellen Herzgeräuschen auf eine Insufficienz schließen lässt, für welche sich bei der Nekropsie keine anatomische Grundlage findet. Hierher gehören die Fälle von Herzgeräuschen bei Anämie, Fettherz, in fieberhaften Krankheiten etc. Über die Entstehung dieser Geräusche bez. der sie veranlassenden Insufficienzen geben die Versuche Aufschluss, die Hesse in Leipzig unter Ludwig's Leitung angestellt hat. Dieselben ergaben, dass der wesentliche Vorgang bei der systolischen Verkleinerung des Herzens durch eine Verschmälerung seines Querdurchmessers und ohne Verminderung seiner Länge geschieht. Die systolisch kontrahirte Basis besitzt nur wenig mehr als den halben Flächeninhalt der diastolisch erschlafften. Bei dieser Verkleinerung werden nur in geringem Maße die arteriellen Ostien, in weit größerem die Atrioventrikularöffnungen kontrahirt. Beim Schlusse des Mitralostiums ist somit in hohem Grade die Muskulatur des Herzens betheiligt, deren Faserrichtung in der Umgebung des Ostiums auch unzweideutig auf diese Funktion hinweist. Erst den nach der Kontraktion der Muskulatur noch verbleibenden Rest der Öffnung hat die Klappe zu schließen. Man sieht nun leicht ein, dass in allen Zuständen, in denen die Leistungsfähigkeit der Herzmuskulatur nachlässt, eine relative Insufficienz der Mitralis entstehen kann, ohne dass ein anatomisches Missverhältnis zwischen Ostium und Klappe an der Leiche zu finden ist. So erklärt sich auch leicht der oft als charakteristisch bezeichnete wechselnde Charakter der »accidentellen« Herzgeräusche; die geschwächte Muskulatur kontrahirt sich eben ungleichmäßig, mit wechselnder Stärke, so dass bei einer Kontraktion die Klappen noch den verbleibenden Rest abschließen können, bei der anderen nicht mehr. So entsteht unter Umständen ein Wechsel zwischen Tönen und Geräuschen. H. hat sein besonderes Augenmerk

auf die Fälle von anorganischer Mitralinsufficienz bei Schrumpfniere gerichtet. Diese Fälle werden meist falsch gedeutet. Zur Sicherung der Diagnose weist H. vor Allem auf die starke Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels hin, die sich in dem Maße bei organischer Mitralinsufficienz niemals findet. Zeigt ferner der Harn die für Schrumpfniere charakteristischen Eigenthümlichkeiten, und tritt noch der oben erwähnte Wechsel zwischen Tönen und Geräuschen hinzu, so ist als sicher anzunehmen, dass es sich um eine primäre Schrumpfniere handelt, und dass das hypertrophische Herz an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit angelangt ist.

(Nach den entwickelten Anschauungen ist es schwer abzusehen, warum nun in so vielen Fällen von geschwächtem Herzen mit ungleichmäßigem, oft intermittirendem Puls die anorganische Insufficienz resp. die Geräusche nicht auftreten. Ref.) **G. Kempner** (Berlin).

---

9. **Ch. Seguin.** Contribution à l'étude de l'albuminurie transitoire des saturnins.

Thèse de Paris 1883. 38 S.

Im Wesentlichen eine Reproduktion der von Gaucher (Rev. de méd. 1881) aufgestellten Sätze, an welchen der Verf. nur die mangelhafte Trennung der akuten Paroxysmen und der chronischen Zustände des Saturnismus in ihrer Wirkung auf den Harncharakter auszusetzen hat. Sobald die der chronischen Bleivergiftung eigene Kachexie entwickelt ist, zeichnet sich der Harn während der Anfälle durch zweierlei aus: Eiweiß- und vermehrten Harnsäuregehalt. Der erstere ist die Folge einer tiefen Blutveränderung, namentlich erheblicher Blutkörperchenzerstörung, der letztere, durch Uratsedimente sich äußernd, ist an eine vorübergehende Verlangsamung der Oxydation der Eiweißstoffe im Körper gebunden. 24, zum größten Theil sehr kurz gefasste Krankengeschichten, darunter eine eigene, illustriren das Gesagte. **Fürbringer** (Jena).

---

10. **Riegel.** Über die Anwendung der Probepunktionen bei pleuritischen Exsudaten.

(Der praktische Arzt 1884. No. 1.)

R. widerlegt ausführlich die in letzter Zeit von Fräntzel gegen die Anwendung der Probepunktion erhobenen Bedenken, die alle zusammengenommen nicht im entferntesten geeignet sind, gegenüber der hohen diagnostischen Bedeutung dieser Untersuchungsmethode irgend wie in Betracht zu kommen. Bezüglich des Haupteinwandes, dass eine Verletzung der Lunge erzeugt werden könne, macht er auf die Erfahrungen Hiller's, Mosler's, Leyden's und Mendelsohn's aufmerksam, welche zu therapeutischen Zwecken die Lunge direkt punktirten und dabei nie einen fatalen Ausgang beobachteten.

Das Résumé der R.'schen Arbeit ist: »Die Probepunktion ist nur

da entbehrlich, wo auch ohnedem die Diagnose absolut sicher ist; gerade in diesen Fällen aber ist die Probepunktion am wenigsten gefährlich. Je schwieriger die Diagnose, desto mehr wachsen die Gefahren; aber gerade für diese Fälle ist sie, wenn anders ein Eingriff gemacht werden soll, bei unseren heutigen diagnostischen Kenntnissen kaum entbehrlich.« **Unverricht** (Breslau).

---

11. **Starr.** Cortical lesions of the brain.

(Amer. journ. of med. sciences No. 174.)

Verf. stellt aus der älteren und neuesten amerikanischen Litteratur 50 Fälle von corticalen Läsionen des Großhirns mit Autopsie zusammen:

1) Läsionen der Stirnlappen — 23 Fälle.

Davon kommen je 5 auf Fremdkörper und Abscesse und 13 auf Tumoren. 8mal fehlte jedes Symptom — es fehlten überhaupt in allen Fällen eigentliche Herderscheinungen, speciell motorische oder sensible Lähmungen. Einmal fand sich Amblyopie, 9mal Amaurose, 4mal Oculomotoriuslähmung (indirekt); in der Mehrzahl der Fälle werden Schwindel, Kopfschmerzen, Hallucinationen aller Sinne, Schwerhörigkeit, psychische Reizbarkeit und Verlust der Selbstkontrolle und der Aufmerksamkeit gefunden.

2) In den 11 mitgetheilten Beobachtungen von Läsionen der Schläfelappen handelte es sich einmal um einen Fremdkörper, 4mal um Abscesse, 2mal um Erweichung und 4mal um Tumoren.

In 5 Fällen wurden alle Symptome vermisst, in den anderen wurde Taubheit beider oder eines Ohres (einmal des gegenüber liegenden), außerdem Epilepsie und Geruchshallucinationen verzeichnet. Nur in einem Falle fand sich amnestische Aphasie.

3) Läsionen der Hinterhauptslappen — 11 Fälle.

Dieselben waren hervorgerufen einmal durch einen Fremdkörper, je 2mal durch Erweichungsherde resp. Abscesse und 6mal durch Geschwülste.

Das Hauptsymptom, das nur 2mal vermisst wurde, war Sehstörung bis zur Blindheit — von Hemianopsie ist in den (meist älteren) Beobachtungen nichts erwähnt. In einem Falle, wo sich ein Erweichungsherd an der medianen Fläche des linken Occipitallappens fand, bestand intra vitam Diplopie, Grünblindheit (beiderseits? Ref.), kein Gesichtsfelddefekt, aber eine subjektive Sehstörung — »Alles ist grau und nebelig«. Motorische und sensible Störungen fehlten stets, dagegen wurde Gedächtnisverlust bis zur Demenz und psychische Erregung beobachtet.

4) In einem Falle von Erweichung des hinteren linken Gyrus supramarginalis bestand keine eigentliche motorische oder sensorische Aphasie, sondern nur Wortverwechslung — Paraphasie und Paragraphie.

5) Bei 4 Fällen von Läsionen der Scheitellappen wurden im Leben keinerlei charakteristische Symptome konstatirt.

Verf. schließt aus dem Umstand, dass bei Zerstörungen der oben beschriebenen corticalen Partien stets motorische und sensible Störungen fehlen, dass der Sitz derselben anderorts, d. h. in der Rinde der Centralwindungen zu suchen sei.

Dem Titel der Arbeit entspricht der Inhalt nicht durchaus in so fern, als es sich in einem Theil der Fälle um Affektionen handelt, die vorwiegend oder ganz ausschließlich das Marklager betrafen.

Thomsen (Berlin).

---

12. **J. Déjérine.** Etude sur la sclérose en plaques cérébro-spinale à forme de sclérose latérale amyotrophique. (Travail du laboratoire du professeur Vulpian.)

(Revue de méd. 1884. No. 3.)

D. berichtet über einen Fall von multipler Sklerose, der intra vitam große Analogie mit der amyotrophischen Lateralsklerose Charcot's dargeboten hatte. Die Affektion begann bei der 46jährigen Pat. in den unteren Extremitäten und griff später auf die oberen über. Das entwickelte Krankheitsbild bot hochgradige Paralyse und Atrophie der Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes, permanente Kontrakturen, daneben anfallweise auftretende tetanische Zustände, Erhöhung der Sehnenphänomene, Fußclonus; intakte Sensibilität und Sphinkteren. Einige Monate vor dem Tode Artikulationsstörungen und Starre der Gesichtsmuskeln, ohne Atrophie der Zunge. Decubitus. Die Dauer der Krankheit betrug 5 Jahre.

Bei der Sektion fand sich multiple Sklerose in zahlreichen Herden über Gehirn, Med. oblong., Rückenmark ausgebreitet. Die Wurzeln und Stämme der Hirnnerven, die vorderen und hinteren Spinalwurzeln, die intramuskulären Nerven bei genauer Untersuchung intakt. Die Primitivfasern der Muskeln (Gesicht, Pharynx, Kehlkopf, Extremitäten) zeigten einfache Atrophie aber keine Degeneration und Kernvermehrung. Die Hautnerven der Decubitusstelle im Zustand parenchymatöser Neuritis.

Verf. fand in der Litteratur nur 2 Beobachtungen von multipler Sklerose, die symptomatisch das Bild der amyotrophischen Lateralsklerose simulirten — Fälle von Killian und Pitres.

Der anatomische Process der multiplen Sklerose scheint D. eine Sklerose vaskulären Ursprungs zu sein, die Veränderungen der Gefäßwände dabei sind primär, bei den systematischen Strangdegenerationen sekundär.

Obwohl der Fall D.'s diagnostisch auf den ersten Blick als amyotrophische Lateralsklerose imponirte, so macht D. doch auf einige Einzelheiten aufmerksam, die ihn von dem Charcot'schen Typus unterscheiden. Abgesehen von dem Beginn in den unteren Extremitäten zeigte das Symptom der Kontraktur charakteristische Abweichungen.

Die Kontraktur erreicht bei der amyotrophischen Lateralsklerose nie so hohe Grade, wie in D.'s Fall und nimmt mit Fortschreiten der Muskelatrophie mehr und mehr ab, während sie hier permanent war und sich außerdem zu tetanischen Attacken steigerte. D. glaubt in dem Verhalten der Kontraktion, die bei der amyotrophischen Lateralsklerose im Verhältnis zum Volum der Muskeln stehe, bei der multiplen Sklerose davon unabhängig sei, ein Unterscheidungszeichen für ähnliche Fälle beider Affektionen aufstellen zu können.

Es hängt dies mit den anatomischen Verhältnissen beider Affektionen zusammen; bei der amyotrophischen Lateralsklerose ist die neuromuskuläre Kette in ihrer ganzen Länge erkrankt und die Muskelfaser leidet in ihrer Ernährung. In dem Fall von multipler Sklerose war nur eine gleichmäßige einfache Atrophie der Muskelfasern vorhanden und keine Alteration der intramuskulären Nerven und vorderen Wurzeln.

Eisenlohr (Hamburg).

---

13. **G. L. Walton.** Spinal Irritation: probable cerebral origin of the symptoms some-times classed under this head.

(Boston med. and surg. journ. 1883. Dec. 27.)

Verf. sucht nachzuweisen, dass bei dem Krankheitsbild, das man mit dem Namen Spinalirritation belegt und mit funktionellen Störungen des Rückenmarks in Verbindung bringt, das Rückenmark eine viel geringere Rolle spielt als das Gehirn. Seine Gründe sind zum Theil durchaus als triftig anzuerkennen. Erwähnenswerth ist, dass Verf. gleich anderen amerikanischen Autoren auch die Symptome der sog. Railway-spine oder Erschütterung des Rückenmarks vorwiegend auf funktionelle Störung des Gehirns zurückzuführen sucht. Was den Grundgedanken anlangt, dass die Neurasthenie mit sog. spinalen Symptomen mit größerer Wahrscheinlichkeit von krankhaften cerebralen Zuständen, die an die Gruppe der psychischen sich anschließen, abhänge und nicht vom Rückenmark ausgehe, so ist dieser Gedanke übrigens schon anderweitig und früher, speciell in der Kritik des Erb'schen Handbuches der Krankheiten des Rückenmarks im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1877 Bd. VII p. 256) ausgesprochen worden.

Eisenlohr (Hamburg).

---

14. **Heubner.** Über eine multiple infektiöse Entzündung der serösen Häute im Kindesalter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 1 u. 2.)

Im Verlaufe der letzten 6 Jahre beobachtete H. einzelne Fälle von multipler eitriger Entzündung der serösen Häute, die ein eigenthümliches klinisches Bild und einen ganz eigenthümlichen Sektionsbefund darbieten, so wie bezüglich der Ätiologie unaufgeklärt blieben. In der Litteratur sind ähnliche Beobachtungen nur sehr vereinzelt angegeben, so von Blum, Ziemssen, Thomas, Wyss und in

neuester Zeit von Wiedemann aus der Tübinger Poliklinik. Besonders nahe stehen die Beobachtungen Wiedemann's, der seine beiden Fälle unter dem Titel: »Kann Lungenseuche auch beim Menschen vorkommen?« veröffentlichte, den von H. mitgetheilten Krankheitsbildern. Es handelt sich hier um eitrige Entzündungen der serösen Häute der Körperhöhlen sowohl, wie der Gelenke und zwar stets um multiple Lokalisationen dieser Entzündung in mehreren dieser Häute. In den 5 Fällen von H. war wenigstens eine Pleurahöhle stets erkrankt, ferner das Peritoneum, das Perikard und das rechte Sprunggelenk. Nie waren in den Muskeln, den Lungen, der Leber, den Nieren oder der Milz Eiterherde nachzuweisen, so dass von einer gewöhnlichen Pyämie gar nicht die Rede sein konnte; in der Pleura handelte es sich stets um scharf abgekapselte Eiterherde, während das Perikard, so wie das Peritoneum diffus erkrankt waren. Der Eiter war stets von sehr dicker Beschaffenheit und von geringer Menge, so dass man eigentlich nur von Pleuraabscessen reden konnte. Die Bronchien und Lungen waren in allen Fällen mit afficirt und zwar handelte es sich dabei um Bronchitis und Broncholitis resp. schlaffe, lobuläre Infiltration der unteren Lungenlappen. In einem Falle fand sich eine auffallend starke interstitielle Infiltration der bindegewebigen Lungensepta vor. In keinem der Fälle von H., und das unterscheidet sie von den Wiedemann'schen Beobachtungen, war eine interstitielle krupöse Pneumonie zu konstatiren. Der klinische Verlauf der Affektion war in der Regel der, dass die Kinder mitten in guter Gesundheit plötzlich erkrankten und von Anfang an hohes Fieber, Dyspnoe, hohe Pulsfrequenz, kurzen koupirten Husten und kurz abgebrochenes Geschrei zeigten.

Die physikalische Untersuchung vermochte die Diagnose weder auf katarrhalische Pneumonie noch Pleuritis festzustellen, obwohl kleine Dämpfungen, Rasselgeräusche, pleuritisches Reiben hier und da über den Lungen nachweisbar waren. Inzwischen hatte das Fieber einen völlig irregulären Typus angenommen, es stellen sich Zuckungen, tonische Kontrakturen, Erbrechen, Diarrhöen ein und unter schwerem Collaps gehen die Kinder in einem Zeitraum, der von 1—5 Wochen variiren kann, zu Grunde. Der zeitlich so verschiedene Krankheitsverlauf hängt von dem langsameren resp. schnellerem Mitergriffensein des Perikards und des Peritoneums ab. Nachdem die Sektion in den drei ersten Fällen weder eine Lymphdrüsen-, noch Wirbel-, Ösophagus-, Magen-, Leber- oder Nierenaffektion nachweisen konnte, ergab in den beiden letzten Fällen die histologische Untersuchung die reichliche Anwesenheit von 0,7—0,8 μ langen Kugelbakterien in den erkrankten Lungen- und Pleurapartien, so wie in den Kapillaren und Venen derselben, als auch in den Nierengefäßen. Diese Bakterien waren in beiden Fällen fast immer zu Diplokokken verbunden, so dass sie die bekannte Semmelform hatten und namentlich bei schwächerer Vergrößerung als Stäbchen imponirten. Der Bronchialinhalt enthielt nie solche Kugelbakterien, während dieselben in den

erkrankten Pleurapartien und vor Allem in den fibrinösen Auflagerungen massenhaft vorhanden waren. In dem einen Falle, wo es sich um starke Verbreiterung der bindegewebigen Lungensepta handelte, fand sich eine massenhafte Anhäufung von Bakterien in den Lymphgefäßen. Da das Fehlen einer Eingangspforte für das Gift, so wie die nicht konstante Lokalisation von Eiterung an einer bestimmten Kategorie von Organen gegen eine pyämische Erkrankungsform spricht, so bleibt zur Zeit die Ätiologie dieser multiplen, eitrigen Entzündung der serösen Häute noch dunkel. **Silbermann** (Breslau).

---

15. **H. Paschkis.** Über die arzneiliche Wirkung des Arbutins.

(Wiener med. Presse 1884. No. 13.)

Verf. hat 8 Fälle von Gonorrhoe und 8 Fälle von Cystitis mit innerlichen Gaben von Arbutin (täglich ca. 2 g) behandelt. Es ließ sich keine wesentliche Besserung, weder in Bezug auf die Sekretion noch auf die Schmerzen, nachweisen, speciell konnte er, entgegen Menche, keine Zunahme der Diurese beobachten. Dagegen erzielte er eine günstige Wirkung bei den genannten Krankheiten durch Darreichung eines pulverförmigen Extrakts der Folia uvae ursi, welches er allein oder mit Saccharum lactis zu gleichen Theilen in Dosen von 1 g mehrmals des Tages nehmen ließ. Dasselbe erzeugte stets eine prompte diuretische Wirkung. **Strassmann** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

16. **Moutard-Martin.** Pleurésie hémorrhagique chez un homme de 74 ans, guérie après une seule ponction.

(Union méd. 1884. No. 50.)

Ein 74jähriger Mann wird ins Hospital aufgenommen mit den Zeichen eines rechtsseitigen, mittelgroßen pleuritischen Exsudates. Daneben bestand starke Arteriosklerose, Emphysem und Bronchitis; Pat. war abgemagert, hatte Verdauungsstörungen; der rechte Leberlappen war vergrößert, an der sonst glatten Leberoberfläche fühlte man im Epigastrium einen kleinen, weichen Tumor. Bei der Punktion zeigte sich das Pleuraexsudat stark hämorrhagisch; die Verführung war also sehr groß, eine carcinomatöse Pleuritis anzunehmen, vielleicht im Zusammenhang mit einem Leberkrebs. Jedoch nach einer einmaligen Punktion (es wurden 2 Liter entleert) verschwand das Exsudat, 3 Wochen später konnte der Pat., abgesehen von seiner Bronchitis etc., als geheilt entlassen werden. Verf. nimmt demnach eine einfache (nicht carcinomatöse) hämorrhagische Pleuritis an; den Lebertumor hält er, entsprechend seiner Konsistenz, für ein Lipom.

Strassmann (Berlin).

17. **Kadner.** Das Schroth'sche Heilverfahren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 3.)

Verf. hat 2 Kranke, einen chronischen Gelenkrheumatismus und eine syphilitische Periostitis und Iritis, die der specifischen Therapie trotzte, mittels einer Modifikation des Schroth'schen Verfahrens, deren nähere Details im Original einzusehen sind, erfolgreich behandelt. In einem Fall von chronischer Nephritis war dasselbe erfolglos. **Strassmann** (Berlin).

18. **J. Magee Finny** (Dublin). Gangrene of the Lung, in which the Cavity was tapped.

(Dublin journ. of med. science 1884. Jan.)

Operative Behandlung eines Falles von Lungengangrän bei einem 30jährigen Manne, nachdem die interne Therapie sich machtlos erwiesen und der Zustand des Pat. hoffnungslos geworden. Es wurde, nach vorhergehender Orientirung durch Probepunktion, durch eine Incision im 7. linken Interkostalraum, unterhalb des Angulus scapulae die Pleurahöhle eröffnet, darauf ein Trokar mit weitem Lumen in die Lunge eingestochen. Beim Zurückziehen des Stachels entleert sich eine mäßige Menge Kaverneninhalt, die Luft passirt bei jeder Respiration durch die Kanüle frei ein und aus. Die Kanüle des Trokars wird, nachdem durch ihr Lumen ein dicker Kautschukdrain bis zur Kaverne vorgeschoben, entfernt. Verband.

Als unmittelbarer Effekt der Operation zeigte sich Verminderung des üblen Geruchs der Exspirationsluft, Abnahme der Expektoration und des quälenden Hustens. Bald aber stellte sich, wahrscheinlich weil sich bei einer Bewegung des Pat. das Kautschukrohr abknickte und der Kaverneninhalt neben ihm vorbei passirte, ausgedehntes gangränöses Hautemphysem ein; Pat. ging etwa 48 Stunden nach der Operation zu Grunde.

Die Sektion ergab, dass die Operation nur eine kleinere, etwa apfelgroße Höhle des Unterlappens eröffnet hatte, während eine weit größere, im unteren Theil des linken Oberlappens unberührt geblieben; auch im rechten Mittellappen fand sich eine Gangrän, etwa von dem Umfange einer kleinen Orange. Außerdem linksseitige eitrige Pleuritis, rechtsseitige Pleuritis sicca. **Freudenberg** (Berlin).

19. **Eidam.** Psychose nach Rheumatismus articulorum acutus und nach Pneumonia crouposa.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 12.)

Fall 1 betrifft einen 26jährigen Mann, bei dem in der 4. Woche eines schweren Rheumatismus, als derselbe schon im Ablauf begriffen war, eine Psychose auftrat, die charakterisirt ist durch einen Wechsel von maniakalischen und melancholischen Erscheinungen. In 4 Tagen schwanden dabei die Gelenkaffektionen, Herzklopfen und Fieber. Durch ein monatelanges melancholisches Stadium ging Pat. allmählich in Heilung über.

Fall 2. 52jähriger Mann, Potator, erkrankte mit rechtsseitiger Pneumonie. Am 7. Tage der Krankheit, nachdem die Krise bereits überstanden war, trat Tobsucht ein; während der nächsten 3 Tage bestand lebhafte Unruhe, maniakalische Aufregung und Ideenflucht. Am 4. Tage wird Pat. ruhiger und geht rasch in völlige Heilung über. **M. Cohn** (Hamburg).

20. **Christian.** Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la paralysie génerale.

(Union méd. 1884. No. 54.)

Verf. beobachtete bei 3 Fällen von progressiver Paralyse Störungen in der Innervation der Augenmuskeln. Im ersten trat ein Jahr vor dem Erscheinen von Sprachstörungen, 5 Jahre vor dem Tode eine Lähmung des linken Abducens auf, die aller Behandlung (auch einer antisyphilitischen Kur) zum Trotz bis zum Tode bestehen blieb; die Sektion konnte nicht gemacht werden. Der zweite Pat. litt an Ptosis und Abducenslähmung links, die 6 Monate vor dem Eintritt psychischer Störungen begann. Unter der Behandlung mit Jodkali verschwanden die Störungen des Auges, während die Paralyse unbeeinflusst weiter fortschreitet. Im dritten Fall handelt es sich um eine Lähmung des Rectus internus des linken Auges, die gleichzeitig mit den Zeichen der geistigen Erkrankung sich zeigte und ohne Behandlung verschwand, während diese allmählich den Charakter der Paralyse annahm.

Der Charakter und Verlauf der Augenstörungen lässt den Verf. annehmen, dass sie syphilitischer Natur waren — die Anamnese ergab bei allen drei Fällen

sicher resp. wahrscheinlich vorangegangene Lues. Die Paralyse dagegen hält er nicht für syphilitischer Natur, sowohl weil sie von der Therapie nicht beeinflusst wurde, als auch weil seiner Ansicht nach die Lues cerebralis niemals als wahre Paralyse auftritt. Das Zusammentreffen beider Affektionen würde demnach hier mehr ein zufälliges sein. **Strassmann** (Berlin).

21. **Cader.** Syphilis laryngée etc.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1884. März. p. 28 ff.)

C. schildert sehr ausführlich die Krankengeschichte eines 28jährigen mit neunzehn Jahren syphilitisch inficirten Mannes, bei dem sich nach unter dem Einfluss der Lues bewirkter Destruktion des größten Theils der wahren Stimmbänder eine in transversaler Richtung verlaufende neue Glottis gebildet hatte, womit Hand in Hand eine verhältnismäßig gute Wiederherstellung des vorher stark beeinträchtigten Phonations- und Respirationsvermögens ging. Es werden an diese Beobachtung — Verf. hat noch 6 ähnliche Fälle gesehen — theoretische Erörterungen über das unter so veränderten physikalischen Verhältnissen mögliche Zustandekommen der Stimmbildung geknüpft, bezüglich deren das Original nachzulesen ist.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

22. Aus den Verhandlungen der New York medical and surgical society. Sitzung vom 22. Dec. 1883.

A. Ball hat mit Rücksicht auf die bekannten Untersuchungen von Kocher, der nach Kropfexstirpation Kretinismus auftreten sah, einen typischen Fall von Myxödem auf die Verhältnisse der Thyreoidea untersucht. Er fand, dass die betreffende Pat. vor 20 Jahren während einer Schwangerschaft einen großen entstellenden Kropf bekommen hatte. Nach der Geburt verschwand er und bald nachher entwickelten sich die Symptome des Myxödems.

Edinger (Frankfurt a/M.).

23. **A. R. Manby.** Spontaneous rupture of hydrocephalus.

(Med. times and gaz. 1884. April 26.)

Bei einem Kinde, das mit Spina bifida behaftet zur Welt gekommen war, entwickelte sich ein Hydrocephalus von kolossaler Ausdehnung; von Maßen, die in der letzten Lebenszeit genommen zu sein scheinen, ist nur die Entfernung von einem Ohre zum anderen über den Schädel = 27 Zoll angegeben. Im Alter von 8 Monaten starb das Kind, nachdem in Folge starken Hustens der Hydrocephalus geplatzt war; die Durchbruchsstelle saß am linken Scheitelbein. Das Wasser floss zu mehreren Litern stromweise aus, und nach etwa 12 Stunden trat der Tod ein. Die Sektion konnte nur sehr unvollkommen gemacht werden; aus dem Befunde ist nichts Besonderes hervorzuheben.

Küssner (Halle a/S.).

24. **v. Maschka.** Phosphorvergiftung mit rasch eingetretenem Tode.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 20 u. 21.)

Verf. beobachtete 3 Fälle, in denen die Phosphorvergiftung bereits nach 7 bis 8 Stunden zum tödlichen Ausgang führte. In allen diesen konnte neben dem charakteristischen Geruch des Magendarminhalts und dem Leuchten desselben im Dunklen bei der Mitscherlich'schen Destillation bereits fettige Entartung der Organe nachgewiesen werden. Im ersten Fall bestand beginnende Fettdegeneration an Leber und Nieren, im zweiten an Leber, Herz und Nieren, im dritten an Herz und Nieren neben bereits ausgesprochener Verfettung der Leber.

Strassmann (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 27. **Sonnabend, den 5. Juli.** **1884.**

1. **G. Bizzozero.** Sui microfiti dell' epidermide umana normale.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 29.)

B. hat außer den bereits 1876 von Eberth allenthalben auf der Haut nachgewiesenen Mikrokokken und Bakterien noch neue Mikrophyten aufgefunden. Brachte er die vorher mit Äther entfetteten Hautschuppen, wie sie sich massenhaft an den stark behaarten Theilen (Kopf, Gesicht etc.) vorfinden, in koncentrirte Essigsäure oder in 10%ige Kalilauge, so fand er 1) rundliche Zellen von 2—5 μ Durchmesser, bestehend aus einer Membran und einem homogenen Inhalt, in Haufen angeordnet ohne Fäden aber mit kugligen Körperchen — Sporen — versehen. 2) Eben solche ovale und etwas kleinere Gebilde. Diese beiden Formen hält B. für Sprosspilze und nennt sie vorläufig Sacchoromyces sphaericus und S. ovalis. 3) Bakterien und Mikrokokken — außer den Eberth'schen auch 2—3mal größere. Alle diese Formen waren in gleicher Weise bei normalem oder defektem Haarwuchs vorhanden und war im Barte häufiger der Sacchoromyc. sphaericus, auf dem Kopfe der S. oval. nachzuweisen. Zuweilen ließen sich

auch diese, also in keiner Weise pathologischen Pilze in den Talgdrüsen oder im Inneren der Haare konstatiren.

Sehr reich an Pilzen zeigten sich auch die Interdigitalräume der Zehen. In den Hautfetzen dieser Stellen ließen sich Bacillen mit sporenartigen Körnern von 2—4 μ Länge nachweisen, die häufig in langen, manchmal gebogenen Fäden — Leptothrixform — erscheinen. Zuweilen zeigen sich diese Fäden durch Querstriche unterbrochen, nie aber wurden wirkliche Verzweigungen beobachtet. Gewöhnlich sind die Fäden büschelförmig angeordnet. B. nennt diese Form vorläufig Leptothrix epidermidis. Sie findet sich auch oft in der Inguinalfalte oder in der Scroto-gluteal-Falte und zwar sowohl bei ganz gesunden als auch bei Personen mit Intertrigo in den betreffenden Gegenden. Sie haben demnach keine pathologische Bedeutung.

Kayser (Breslau).

---

2. J. Wosnessenski. Influence de l'oxygène sous pression augmentée sur la culture du Bacillus anthracis.

(Compt. rend. des séanc. de l'Académie des sciences 1884. No. 5. Febr. 4.)

3. A. Chauveau. De l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé.

(Ibid. 1884. No. 20. Mai 19.)

Ausgehend von der durch P. Bert gefundenen Thatsache, dass durch eine Kompression der umgebenden Luft bis auf 20 resp. 40 Atmosphären die Bacillen des Milzbrandblutes abgetödtet werden, versuchte der Verf. der ersten Arbeit, ein Schüler Chauveau's, die Frage zu entscheiden, ob es nicht möglich sei, bei Anwendung geringerer Überdrücke (2—6 Atmosphären) die in Rede stehenden Mikroorganismen in ihren pathogenen Eigenschaften nur abzuschwächen, ohne sie zu tödten. Die zu diesen Versuchen verwandten Kulturflüssigkeiten bestanden in Hühnerbouillon, in welche das frische Blut eben getödteter milzbrandkranker Meerschweinchen oder Sporen älteren Kulturmaterials ausgesät wurden. Es ergaben sich bemerkenswerthe Differenzen, je nachdem die Flüssigkeitsschicht in den betreffenden Gefäßen eine sehr dünne oder dickere war.

Bei einer Temperatur von 35° trat, wenn der Druck der Luft zwischen 3—13 Atmosphären betrug und die Kölbchen 3—12 Tage unter dieser Pression gehalten wurden, in allen eine kräftige Entwicklung ein, so zwar, dass in denen mit dünner Flüssigkeitsschicht frühzeitig und reichlichere Sporenbildung eintrat, als in denen mit dicker. Auch hatten sämmtliche Kulturen unter diesen Umständen ihre Virulenz bewahrt, ja letztere schien sogar eher gesteigert, mit dem Unterschiede, dass die Kölbchen der ersten Reihe (dünne Schicht) sich etwas giftiger erwiesen, als die der zweiten. Wurde aber der Druck von 15 Atmosphären überschritten, so blieb — ganz in Einklang mit den von Bert gefundenen Thatsachen — jede Entwicklung aus. Hatte man Stäbchen ausgesät, so starben diese einfach ab,

bestand das Material in Sporen, so konnten letztere wieder zum Auswachsen gebracht werden, wenn man zu niedrigen Drucken zurückkehrte. Anders gestaltete sich das Resultat, wenn bei mäßigem Überdruck (3—6 Atmosphären) die Kulturkölbchen in eine Temperatur von 42—43° verbracht wurden. In diesem Falle ist zwar die Entwicklung sichtlich verzögert, aber sie geht doch von Statten, und nun zeigt sich, dass während die Kulturen mit dicker Flüssigkeitsschicht nach einem 12tägigen Aufenthalt bei einer Temperatur von 42—43° unter einem Druck von 4—6 Atmosphären noch so giftig sind, dass sie ältere Meerschweinchen in 42—44 Stunden tödten, diejenigen von dünner Flüssigkeitslage nach 4—8 Tagen unter den ganz gleichen Bedingungen ihre Virulenz so vollkommen eingebüßt haben, dass sie selbst nicht einmal für junge Thiere derselben Species mehr giftig sind. Der Versuch, diese kombinirte Methode der Abschwächung durch erhöhte Temperatur und mäßige Steigerung der Sauerstoffspannung zeitlich dadurch abzukürzen, dass nach dem Vorgange der schnellen Erwärmung C.'s die Kulturen nach 20stündigem Aufenthalt in 42—43° für eine Zeitdauer von 3 Stunden einer Temperatur von 47° ausgesetzt wurden, misslang, in so fern dieselben selbst bei einem gleichzeitigen Druck von 20 Atmosphären noch virulent blieben.

C. hat die von W. begonnenen Untersuchungen weiter fortgesetzt und sich namentlich bemüht, die abschwächende Wirkung des erhöhten Luftdrucks auf die Milzbrandbacillen praktisch zu verwerthen, d. h. die so veränderten Kulturflüssigkeiten zu Impfzwecken zu benutzen. Dem Meerschweinchenorganismus gegenüber blieben diese Versuche fruchtlos, da, wie wir gesehen haben, schwache Überdrucke die Virulenz der Kulturen steigern, starke aber sie total vernichten. Dagegen war der Erfolg ein vollkommener bei einer anderen Thierspecies, nämlich dem Hammel. Diesem Thiere können solche Kulturen, welche bei einem mäßig starken Überdrucke gewachsen sind, aber trotzdem Meerschweinchen noch tödten, ungestraft injicirt werden. Es tritt danach zwar ein gewisses Übelbefinden, verbunden mit Temperatursteigerung ein, a b e r, n a c h d e m d i e s e s v o r ü b e r g e g a n g e n, s i n d d i e T h i e r e d u r c h d i e e i n m a l i g e E i n i m p f u n g d e r a b g e s c h w ä c h t e n K u l t u r v ö l l i g i m m u n g e w o r d e n. Man kann sie nun wiederholentlich mit dem wirksamsten Milzbrandvirus, welches Kontrollthiere unfehlbar in 36 Stunden tödtet, ohne jegliche Einwirkung auf das Allgemeinbefinden, wiederimpfen. Die einmal erhaltene Abschwächung der Kulturen überträgt sich auch auf weitere Generationen derselben, deren Entwicklung bei normalem Druck und Temperaturverhältnissen vor sich gegangen ist.

Eine zweite von C. gefundene Thatsache, die aber augenscheinlich noch weiterer Bestätigung bedarf, besteht darin, dass auch das milzbrandige Blut von Meerschweinchen, die mit Kulturen vergiftet waren, welche durch den erhöhten Druck ihre Wirksamkeit bereits auf Hammel eingebüßt hatten, nunmehr den letzteren Thieren gegenüber unschädlich geworden ist. Von 8 Hammeln, die auf solche Weise

eine erhebliche Quantität mit Bouillon verdünntem Milzbrandblut des Meerschweinchens in den Schenkel injicirt erhalten hatten, erlag kein einziger. Endlich zeigte sich, dass die durch den erhöhten Druck abgeschwächten Kulturen ihr Vermögen, die Thiere immun zu machen, mehrere Monate hindurch bewahrten, eine Eigenschaft, welche bekanntlich dem durch die Wärme mitigirten Milzbrandvirus nicht zukommt.

Eben so befriedigend waren die mit dem gleichen Material an Rindern ausgeführten Impfversuche. Auch hat C. bereits die Abschwächung anderer Krankheitsgifte mit komprimirter Luft versucht und gefunden, dass dieselben namentlich bei den Kulturen der Kokken des Rothlaufs der Schweine sehr leicht und sicher gelingt. Was speciell noch den Milzbrand anlangt, so hofft er bald in der Lage zu sein, das neue Verfahren für die Herstellung wirksamer Vaccins in größerem Maßstabe zu vervollkommnen. Seine Hauptvorzüge bestehen 1) in der Erzeugung der Immunität durch eine einzige Präventivimpfung, 2) in der trotzdem außerordentlich sicher wirkenden und gefahrlosen Operation, 3) in der Möglichkeit, die angefertigten Kulturen noch längere Zeit nach ihrer Herstellung zu benutzen.

A. Fraenkel (Berlin).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

(Fortsetzung. Bd. II. p. 421—499.)

4. **F. Löffler.** Untersuchungen über die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entstehung von Diphtherie beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe.

(Schluss.)

Anders lag die Sache mit einer zweiten Form von Mikroorganismen, welche aus dem Bakteriengemisch an der Oberfläche des diphtheritischen Exsudats als etwas Besonderes sich heraushob.

Behandelte Verf. feine Schnitte solcher Exsudate mit alkalischer Methylenblaulösung (30 ccm einer koncentrirten alkoholischen Methylenblaulösung auf 100 ccm Kalilösung von der Koncentration 1 : 10 000 Wasser; kurzes Abspülen in $^1/_2$ %iger Essigsäurelösung, hierauf in absoluten Alkohol), so fanden sich in einer Anzahl von Fällen primärer Diphtherie eigenthümlich gestaltete Bacillen. Dieselben haben im Durchschnitt die gleiche Länge wie die Tuberkelbacillen, variiren aber erheblich in dieser Beziehung und sind etwa doppelt so dick als die letzteren. Die größeren Expemplare sind aus einzelnen Gliedern zusammengesetzt; wo letztere sich berühren, bemerkt man häufig leichte knotige Verdickungen. Sie sind theils gerade, theils gebogen. Sehr gewöhnlich (besonders bei Behandlung mit verdünnten Jodlösungen nach Verf.) sieht man die Pole dieser Stäbchen stärker gefärbt als die übrige Substanz, so dass oft bei gebogenen Exemplaren das Ganze eine gewisse Ähnlichkeit mit einer Hantel gewinnt. Klebs, welcher diese Stäbchen bereits

auf dem Wiesbadener Kongress demonstrirte, hielt diese dunklen Punkte in den Stäbchen — nach Verf. mit Unrecht — für Sporen.

Diese Stäbchen also finden sich unterhalb der die Oberfläche der Pseudomembranen in regellosem Wirrwar bedeckenden, aus verschiedenen Arten bestehenden Bakterienmassen, und finden sich hier in kleinen Häufchen angeordnet; gewöhnlich in einer Schicht der Membran, die zahlreiche Zellen führte. Nach innen zu, wo die breite zellarme fibrinöse Schicht der Pseudomembran folgt, hören diese Bacillen auf; man fand sie niemals bis in das Gewebe der Schleimhaut vordringen, man fand sie ferner niemals in den inneren Organen. Wohl aber fanden sie sich in gleicher Weise auf den Membranen der Uvula und Tonsillen, wie auf denjenigen der Trachea, und auch im Inhalt der Lungenalveolen. Sie fanden sich auf den Membranen von Kranken, die am 3. Tage, wie auf solchen von Kranken, die am 7. bis 9. Krankheitstage gestorben waren. (Hierbei sei auf einen Irrthum aufmerksam gemacht, der nicht ganz belanglos ist, weil er mit zur Beweisführung benutzt wird. Pag. 450 der Abhandlung findet sich die Angabe, bei einem am 3. Tage erlegenen Kinde habe man die ganze Pseudomembran fast nur aus Haufen der betreffenden Stäbchen bestehend gefunden. Das betreffende Kind — Fall 10 — ist aber nicht am 3., sondern am 8. Krankheitstage gestorben, cf. p. 443; also kein ganz frischer Fall.) Ja es gelang Verf., selbst in mehreren am ersten Tage nach Beginn der Erkrankung dem Lebenden entnommenen Pseudomembranen diese gleichen charakteristischen Stäbchen nachzuweisen. Sie wurden in keinem der (4) Fälle reiner Scharlachdiphtherie gefunden.

In den **22** (oder unter Hinzurechnung des mit echter Diphtherie komplicirten Scharlachfalles [5] **23**, unter Abrechnung des letzteren und der drei zweifelhaften Fälle [17, 24, 25] **19**) nach dem Tode untersuchten Fällen echter primärer Diphtherie fand Verf. diese charakteristischen Stäbchen **9** (resp. — Fall 5 — **10**) mal, also kaum in der Hälfte der Fälle. Zählt man aber die vier Kinder hinzu, bei denen während des Lebens (Ende des 1. Krankheitstages) Membranen der Rachenschleimhaut entnommen und bacillenhaltig befunden wurden, so erhält man **23** Fälle zweifelloser primärer Diphtherie, von denen **13** den charakteristischen Befund darboten.

Wenn überhaupt, sagt Verf., irgend welche der in den diphtheritischen Membranen vorkommenden Bakterien in ätiologischem Zusammenhange mit der Krankheit stehen, so können es nur diese an der Grenze der zellenarmen Exsudatschicht liegenden Stäbchen sein.

Um nun hierüber weiter ins Klare zu kommen, wurden wieder Reinkulturen dieser Organismen dargestellt.

Auf Fleischwasserpeptongelatine bei 16° C. gelangen dieselben nicht, wohl aber mit überraschend gutem Erfolg bei 37° C. in einer zum Erstarren gebrachten Mischung von 3 Theilen Kälber-

resp. Hammelblutserum und 1 Theil neutralisirter Kalbfleischbouillon, welcher 1 % Pepton, 1 % Traubenzucker, 1/2 % Kochsalz zugesetzt war.

Auf diesen Nährboden säete Verf. von 6 verschiedenen Fällen den betreffenden Bacillus (unter p. 460 und 461 nachzulesenden Kautelen) aus, und zwar von 1 Sektionsfalle (Fall 13) den Tonsillenbelag, von 1 Sektionsfalle (12) Lungensaft und Trachealmembran, und von den vier mehrfach bereits erwähnten lebenden Kindern Rachenmembran. In letzteren Fällen wurde das Material zur Aussaat von der der Schleimhaut zugewandten Seite der Membran aus oberflächlichen Einschnitten durch Abkratzen entnommen.

Die rein kultivirten Stäbchen sind unbeweglich, zeigen sonst alle oben beschriebenen Eigenschaften. In einer Temperatur von 60° C. gehen sie rasch zu Grunde. Zu ihrer Entwicklung bedürfen sie einer über 20° C. liegenden Temperatur. Sie scheinen etwa drei Monate lebensfähig zu bleiben.

Sporenbildung nachzuweisen gelang dem Verf. nicht.

Mit diesen Reinkulturen wurden nun weit über 100 Infektionsversuche mittels verschiedener Methoden und an verschiedenen Thieren angestellt, und zwar wurden die Generationen aller obigen 6 Urbacillen auf ihre Infektiosität geprüft und ihre gleichartige Wirksamkeit erkannt.

Die erzielten Resultate waren, kurz zusammengefasst, folgende:

Ratten und Mäuse erwiesen sich der subkutanen Impfung gegenüber völlig refraktär.

Meerschweinchen (25 Versuche) gingen ausnahmslos nach subkutaner Impfung (in einem Falle auch nach subkutaner Injektion) unter Entstehung grauweißlicher Exsudate und weit verbreitetem Ödem an der Impfstelle, so wie großer serös hämorrhagischer Exsudate in die Pleura- (und zuweilen Bauch-) höhle nach durchschnittlich 2 Tagen zu Grunde.

Die Bacillen fanden sich fast immer an der Impfstelle bald spärlich, bald reichlich wieder, aber in keinem einzigen Falle wurden sie an den erkrankten inneren Organen angetroffen. Verf. schließt daraus, dass die Bacillen an dem Ort der Implantation sich entwickeln, und dort ein (chemisches) Gift produciren, welches die inneren Erkrankungen herbeiführt.

Kleine Vögel (13 Versuche) starben eben so sicher bei subkutaner Impfung, aber nur unter mäßigem hämorrhagischen Ödem an der Impfstelle, ohne jede Erkrankung innerer Organe. Die an den Impfstellen gewucherten Bacillen zeigten eigenthümliche Gestaltveränderungen.

Kaninchen wurden 1) in die Conjunctiva (resp. Cornea) geimpft. In allen 5 Fällen erfolgte starke Chemosis der Augen und eitrig-fibrinöse Conjunctivitis, die aber in einigen Tagen abheilte. In 3 dieser Fälle wurden gleichzeitig die Muskeln beimpft, bei zweien

dieser letzteren trat der Tod am 2. resp. 3. Tage ein, ohne charakteristische Veränderung innerer Organe.

2) In die Trachea unter Eröffnung derselben durch die Tracheotomie. Bei 17 diesbezüglichen Versuchen trat in 10 Fällen der Tod ein (am 2. bis 5. Tage) und bei der Sektion fand sich 5mal eine Pseudomembran in der Trachea, bald über kleinere Flächen, bald vom Larynx bis zur Bifurkation ausgebreitet. Die betreffenden Thiere waren unter den Zeichen heftiger Dyspnoe gestorben. In den anderen 5 tödlich geendeten Fällen fand sich nur weißlicher Belag der Impfstelle und Trachealwunde und hämorrhagisches Ödem der Umgebung.

Die Bacillen fanden sich nur an der Impfstelle wieder, in der Trachealmembran konnten sie nicht nachgewiesen werden. (Auch dadurch unterschied sich die beim Kaninchen hervorgerufene membranöse Tracheitis wesentlich von der menschlichen Trachealdiphtherie, dass beim Kaninchen unter der Membran das Epithel größtentheils erhalten war. Ref.)

3) Einspritzungen ins Blut der Kaninchen von Bacillenreinkulturen erwiesen sich völlig erfolglos. (Nur 2 Versuche.)

Bei Tauben hatte die Einimpfung der Bacillen in den Schnabelboden lokale Nekrose zum Gefolge, die unter 3 Fällen 1mal zum Tode führte; bei Hühnern erfolgte bei dieser Infektionsmethode nur ganz geringe Reaktion.

Dagegen hatten Impfungen in die Trachea bei beiden Vogelarten tödlichen Erfolg, bei Tauben fanden sich unter drei Versuchen 2mal locker aufliegende gelbe Massen in der Trachea, bei Hühnern trat unter 9 Versuchen 5mal der Tod und 3mal intensive Membranbildung in der Trachea ein.

Immer fanden sich auch hier die verimpften Bacillen nur an der Impfstelle, und gewöhnlich spärlich und schlecht färbbar.

Niemals aber gelang es, durch einfaches Aufstreichen der Bacillen auf die unverletzte Schleimhaut die Erkrankung hervorzubringen!

Es wurde zu diesem Behufe einer Taube Reinkultur vom Schnabel aus tief in die Trachea gebracht, es wurden zerstäubte Reinkulturen von Hühnern, Tauben, Kaninchen, Meerschweinchen, einem Affen inhalirt, es wurde Reinkultur auf die unverletzte Conjunctiva, Maul-Rachenschleimhaut verschiedener Thiere gebracht, es wurden Partikel von Reinkulturen in die unverletzte Kaninchenvagina eingebracht: Alles ohne Erfolg. Kurz es gehörte die Eröffnung von Lymphspalten, Lymph- oder Blutgefäßen dazu, wenn die Impfung von Erfolg sein sollte.

Denn auch bei Meerschweinchen, wo es in der That gelang durch Einbringen von Reinkultur in die Vagina schwere Entzündungen auszulösen, stellte es sich doch heraus, dass diese Einbringung wegen des eigenthümlichen Baues der Vagina bei diesen Thieren nicht ohne Epithelverletzung vor sich gehen konnte.

Eine eigenthümliche Wirksamkeit auf den Thierkörper musste

den Bacillen aber jedenfalls zugesprochen werden, es fragte sich aber, ob diese Bacillen denn allein bei der menschlichen Diphtherie und nicht etwa auch in der Mundhöhle gesunder Menschen vorkämen. Zu diesem Behufe wurde Mundschleim, resp. Zahnbelag von 20 Kindern und 10 Erwachsenen auf dieselben Nährböden, wie die diphtherischen Massen, ausgesäet. Dabei zeigte sich, dass in der That einmal (unter den 30 Fällen) aus dem Mundschleim eines gesunden Kindes derselbe charakteristische Bacillus, mit der gleichen Virulenz Thieren gegenüber begabt, gezüchtet werden konnte.

Als Schlussresultat dieser gesammten Versuchsreihe kommt Verf. zu dem Urtheil, dass der strikte Beweis, die Stäbchen seien die Ursache der Diphtherie, nicht erbracht, die Möglichkeit aber, dass dem so sei, nicht ausgeschlossen werden könne.

Dafür spreche, dass die Stäbchen in einer gewissen Zahl (etwas mehr als die Hälfte) typischer Diphtheriefälle in einer konstant wiederkehrenden Anordnung gefunden wurden, und dass sie — unter gewissen Bedingungen — zur Bildung von Pseudomembranen auf Schleimhäuten, so wie zu schweren Gefäßläsionen (blutige Ödeme, Hämorrhagien, seröse Ergüsse) innerer Organe bei Thieren Veranlassung geben, »mithin dieselbe Wirkung haben, wie das diphtherische Virus« (? Ref.).

Dagegen spreche, dass die Stäbchen in einer Anzahl (etwa der Hälfte) der typischen Fälle vermisst werden, dass sie sich in den Pseudomembranen der Thiere nicht vorfinden, dass sie nur bei Verletzung der Haut oder Schleimhaut wirksam sind, dass Lähmungserscheinungen bei überlebenden Thieren nie beobachtet wurden (wie sorgfältig und kritisch Verf. in dieser Beziehung verfahren, darüber vgl. man p. 475 und 476), endlich dass die identischen Bacillen im Mundschleime eines gesunden Kindes gefunden wurden.

Im Anschluss an die Darstellung seiner Forschungen über die menschliche Diphtherie hat Verf. nun noch zwei Thierkrankheiten untersucht, welche wenigstens den Namen mit der uns beschäftigenden Erkrankung gemein haben, die Diphtherie der Tauben und die Diphtherie der Kälber.

Die erstere beginnt mit einer Hyperämie einzelner Stellen der sichtbaren Schleimhäute. Nach kurzer Zeit bildet sich ein reifartiger Belag, der an Dicke zunimmt und zu einer hellgelben quarkähnlichen Masse wird. Die Beläge dehnen sich über Zungengrund, Rachen, Mundwinkel aus. Die übrige Schleimhaut secernirt fadenziehenden Schleim. Zuweilen findet man auch Luftröhre und Bronchien mit gleichen Massen ausgefüllt. Die Krankheit verläuft langsam, 2 bis 3 Wochen, zieht sich aber auch Monate hin.

In einem vom Verf. untersuchten Falle bot sich bei der Sektion ein dem eben beschriebenen ganz analoger Befund. Die genauere Durchforschung der Beläge ließ in dem Bronchialexsudat besonders reichliche Stäbchen — wenig länger und etwas schmäler als die der

Kaninchenseptikämie — erkennen. Auch in der Substanz der Leber waren sie vorhanden. Diese Stäbchen wurden rein gezüchtet und mittels solcher Reinkulturen neue Impfungen von Tauben und Hühnern vorgenommen. Dieselben führten, unter die Haut gebracht, zu nekrotisirenden Entzündungen, auf der Maulschleimhaut zu Veränderungen, die mit den durch die natürliche Infektionskrankheit gesetzten übereinstimmten.

Bei Impfungen von Sperlingen, so wie auch von kleinen Säugethieren kam es mehrfach zu tödlichem Ausgange und Eindringen der Bacillen ins Blut.

Besonders empfänglich gegen das Gift zeigten sich Mäuse.

Die Diphtherie beim Kalbe kennzeichnet sich dadurch, dass in der Backenschleimhaut, in der Schleimhaut der Zunge und im Involucrum des harten Gaumens gelbe Auflagerungen sich vorfinden, welche sich tief in das Gewebe der Schleimhaut hinein erstrecken, und sogar den Knochen in Mitleidenschaft ziehen. Zuweilen sind Kehlkopf und Nasenhöhle, ferner der Klauenspalt der Vorderfüße in gleicher Weise afficirt. Bei den Sektionen finden sich gelbe Einlagerungen in der Dickdarmschleimhaut, und entsprechende Herde in den Lungen.

Verf. hatte Gelegenheit in 7 Fällen dieser Erkrankung die Rachen- und Halsorgane zu untersuchen, und konstatirte in Bezug auf die grob anatomischen Verhältnisse die Richtigkeit der obigen (von Damman gegebenen) Beschreibung.

Bei der genaueren mikroskopischen Exploration unter Anwendung der erwähnten Färbungsmethode ergab sich, dass die gelben Auf- und Einlagerungen durch eine exquisite Coagulationsnekrose des Gewebes hervorgerufen waren, welch letztere wieder bedingt war durch eine »wahrhaft klassische« Bacilleninvasion. Im Gegensatz zur menschlichen Diphtherie befanden sich aber die Bacillen hier gerade in den tiefsten dem gesunden Gewebe am nächsten gelegenen Partien des nekrotischen Gewebes am dichtesten angehäuft.

Die einzelnen Bacillen sind meist zu langen Fäden vereinigt, an denen man hin und wieder Theilung wahrnimmt. Die einzelnen Glieder sind etwa 5—6mal so lang als breit, sie sind etwa $^1/_2$mal so breit als die Ödembacillen.

Mit den bacillenhaltigen Partien eines Falles wurden 2 Mäuse, 2 Meerschweinchen und 2 Kaninchen subkutan, 1 Kaninchen in die eröffnete Trachea geimpft.

Bei den Mäusen entwickelte sich dieselbe Gewebsnekrose wie beim Kalbe, die von den Impfstellen aus fortschritt und auf weitere Thiere übertragbar war.

Bei den Meerschweinchen und Kaninchen kam es zu charakteristischen Erkrankungen nicht.

Kulturversuche gelangen unvollständig, werden aber mit neuem Material fortgesetzt.

Zum Schluss schildert Verf. noch eine Infektionskrankheit der

Kaninchen, welche durch direkte Übertragung eines Bacillus von der Schleimhaut eines kranken auf diejenige eines gesunden, wahrscheinlich ohne Verletzung, sich fortpflanzen ließ. Der betreffende Bacillus hatte sich im Kaninchenauge nach Beimpfung desselben mit nässenden Kondylomen Syphilitischer entwickelt. Verf. bezeichnet auch diese Erkrankung als eine »Diphtherie«. Das Detail über diese neue Infektionskrankheit der Kaninchenschleimhaut mag im Original nachgelesen werden. **Heubner** (Leipzig).

---

5. **Rothe.** Die Diphtherie. Ihre Entstehung, Verhütung und Behandlung.

Leipzig, A. Abel, 1884.

In seiner Monographie über die Diphtheritis versucht R. ein nach allen Richtungen möglichst getreues Bild dieser verheerenden Seuche zu geben, wie er es nicht durch neue und schlagende experimentelle Versuchsergebnisse gewonnen hat, sondern durch sorgsame Beobachtung am Krankenbett im Laufe einer 30jährigen Praxis. Die Beherrschung der Litteratur des behandelten Gegenstandes im Verein mit einem scharfen klinischen Blicke haben den Verf. in den Stand gesetzt, sein Versprechen einzulösen; und so müssen wir in vielen Beziehungen das Büchlein als den Ausdruck der gegenwärtig herrschenden Ansichten über die Diphtheritisfrage betrachten.

Die Ursache der Diphtheritis sucht R. in einem Spaltpilz, dessen morphologische Besonderheiten allerdings noch nicht nachgewiesen seien. Die von Klebs und Gerhardt aufgestellte Behauptung, dass es zwei verschiedene Formen von Diphtheritiskeimen geben soll, nämlich Kokken und Stäbchen, sucht R. durch die wohl kaum durchführbare Ansicht zu widerlegen, dass es sich bei den schwereren Fällen um eine »septische Autoinfektion durch in Zersetzung gerathene, in irgend einem Winkel des Schlundes oder am Eingange des Kehlkopfs haftende Detritusmassen« handele. Die Stäbchen hält er für Fäulnisbakterien (!).

Bezüglich der Eingangspforte des Giftes kommt R. zu dem Schlusse, dass dieselbe im Nasenrachenraum zu suchen sei, dort wo sich auch der charakteristische lokale Process abspielt. Verf. hält dem entsprechend auch die örtliche Infektion für das Primäre, während der örtliche Process und die Allgemeininfektion dann zeitlich zusammenfallen.

Als den schwächsten Theil des Buches betrachten wir den von der Disposition, die für ein Individuum nöthig sein soll, um dem Diphtheritiskontagium anheimzufallen. Dieser spröde Begriff hat auch in den Händen R.'s keine strenge wissenschaftliche Form angenommen. Die Begründung des prädisponirenden Einflusses von Schreck und Angst durch die Geschichte einer Frau, die beim Anblicke der Wäsche eines Gelbfieberkranken sofort von einem Schüttelfrost befallen wird und am gelben Fieber erkrankt und stirbt, wird wohl kaum einen

Zweifler überzeugen. Auch die Ansicht, dass es Individuen giebt, deren »ganze körperliche und gemüthliche Verfassung sich in so vollkommen normalem Zustande befindet, dass sie den auf sie eindringenden Krankheitserregern keinen Angriffspunkt gewährt«, scheint uns wenig plausibel Angesichts der Erfahrung, dass häufig genug die blühendsten, vollsaftigsten Individuen der Seuche zum Opfer fallen. Hier spielen offenbar Momente eine Rolle, die wir lange noch nicht mit der wünschenswerthen Klarheit durchschauen.

Therapeutisch empfiehlt R. die Quecksilberpräparate in Gestalt des Hydrargyrum bicyanatum oder bichloratum und sah davon eben so günstige Erfolge, wie die Vertheidiger anderer Diphtheritismittel.

Unverricht (Breslau).

---

6. **Albrecht.** Über das Wesen und die Behandlung der Skrofulose vom Standpunkte der neueren bacillären Forschungen aus betrachtet.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 5 u. 6.)

Über das Wesen der Skrofulose bringt Verf. nichts Neues vor. Die Behandlung soll sich vor Allem auf die Prophylaxe beziehen und zwar nennt Verf. als Infektionsquellen: 1) die Impfung von Arm zu Arm. Verf. tritt mit Energie für die alleinige Berechtigung der animalen Impfung ein. 2) Die Frauenmilch. Hier geht Verf. so weit, selbst Ammen zurückzuweisen, wenn sie Narben zeigen, welche auf in der Jugend überstandene Skrofulose hindeuten. 3) Syphilis der Eltern. Latente Syphilis der Erzeuger soll »mit fast mathematischer Sicherheit« (? Ref.) Früchte hervorbringen, die, wenn sie nicht syphilitisch geboren werden, zum mindesten im späteren Kindesalter der Skrofulose anheimfallen.

Bei bestehender Krankheit handelt es sich darum, neben der Zuführung reiner Luft die ausschließliche Ernährung der Kinder mit stärkemehlhaltiger Nahrung durch stickstoffreichere zu ersetzen. Besonders empfiehlt Verf. hierzu die Anwendung der Sander'schen Peptone. Da wo Verdauungsstörungen die Behandlung zu unterbrechen drohen und Mangel an Esslust besteht, lässt Verf. chemisch reinen Sauerstoff inhaliren, der den Stoffwechsel in hohem Grade anregen soll.

M. Cohn (Hamburg).

---

7. **Broca et Wins.** Recherches sur la suralimentation envisagée surtout dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

(Bull. gén. de thérap. 1883. Nov. 15, 30, Dec. 15, 30.)

Die Verff. setzten ihre früheren Versuche über die Überernährung bei Phthise fort (s. Centralblatt 1883 No. 52) und berichten nun in fortlaufender Reihe über die hierbei gewonnenen Resultate. In den 7 ersten Fällen soll die Lungentuberkulose während mehrerer Monate

keine Fortschritte gemacht haben, 4 von diesen Kranken konnten ihre Arbeiten wieder aufnehmen. Bei der Mehrzahl derselben nahm das Körpergewicht beträchtlich zu, die Schweiße nnd die Diarrhöen sistirten und auch das hektische Fieber nahm ab. An einer weiteren Reihe von Fällen wird gezeigt, dass bei den akut verlaufenden Formen, die den Charakter der Allgemeininfektion haben, auch von der Überernährung nicht viel zu erwarten ist.

Zum Schlusse werden die verschiedenen Einwände zu widerlegen gesucht, die man dieser Behandlung der Phthisiker gemacht hat. Die Reizbarkeit der Rachenorgane, die Empfindlichkeit des Magens, die Abneigung der Kranken vermochten Verff. stets zu überwinden; als das einzige Hindernis erschienen ihnen die Ulcerationen am Kehlkopfeingang, insbesondere an der Epiglottis. **Seifert** (Würzburg).

---

8. **Zillner.** Ruptura flexurae sigmoidis neonati inter partum.

(Archiv für path. Anatomie u. Physiologie Bd. XCVI. Hft. 2.)

Verf. secirte 4 Leichen neugeborener Kinder, welche 12 bis 15 Stunden nach der Geburt gestorben waren und in denen sich als Todesursache Peritonitis durch Ruptur der S-Schlinge vorfand. Das gerichtsärztliche Interesse einer solchen, an verborgener Stelle liegenden, absolut tödlichen Verletzung leuchtet ein. Bei der Erklärung des Zustandekommens der Verletzung war zunächst an Unvorsichtigkeit beim Setzen von Klysmen zu denken; jedoch erreichen die gewöhnlichen Spritzen die fragliche Stelle nicht, auch ist der vorhandene Risss von völlig anderer Gestalt, als ihn die Klystierspritze hervorbringt. Gegen die Möglichkeit, dass der Riss durch brutales Eintreiben des Wasserstroms bewirkt sei, spricht sowohl das Fehlen von Suffusionen und Exkoriationen an der Flexur, als die angestellten Versuche des Verf. An eine Entstehung der Verletzungen durch die Extraktion kann bei den spontanen Geburten (in Schädellage) nicht gedacht werden.

Weitere Versuche, die Verf. an Kinderleichen angestellt hat, lassen auch eine Verletzung durch stumpfe Instrumente ausschließen, und Verf. giebt folgende Deutung für die vorliegenden Fälle:

Während die Geburtswege der Mutter auf den Unterleib des Kindes drücken, fixiren sie die hochgewundene S-förmige Schlinge, die strotzend mit Kindspech gefüllt ist, in ihrer Lage, oder sie drängen sie ins kleine Becken hinab. Nun tritt ein Moment ein, wo der Druck auf den Unterleib so stark wird, dass die S-Schlinge, sei es zwischen der Lendenwirbelsäule oder der Linea arcuata des Beckens einerseits und den Bauchdecken andererseits bis zur Unwegsamkeit komprimirt wird. Das Kindspech kann weder gegen das Colon descendens noch gegen das Rectum ausweichen und ein geringer Überdruck genügt dann, um die Berstung am Scheitel der Schlinge zu Stande zu bringen. Versuche stützen diese Erklärung. **M. Cohn** (Hamburg).

---

9. P. G. Unna. Die Ziele und Resultate der neueren Lupusbehandlung.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 2 u. 3.)

Nach kritischer Reproduktion der einschlägigen Arbeiten von Aubert, Fox, Auspitz, Schiff, Morris und Besnier präcisirt U. auf Grund eigener günstiger Erfahrungen folgende Sätze: Obenan steht die Volkmann'sche Ausschabung in der Narkose mit nachträglicher durch Aufpinselung von 5—10%iger wässriger Lösung von Kalium sulfoichthyolicum geleiteter offener Wundbehandlung, im Fall zurückgebliebener erheblicher Lupusreste unter Zusatz von 1—5 ‰ Sublimat (cf. Doutrelepont dieses Centralblatt No. 14). In zweiter Linie (bei Verweigerung der Operation) kommt die tägliche Applikation eines Pflastermulls von 1,0—2,0 Sublimat: 10,0 Kal. sulfoichthyolic. Diese Methode wird ergänzt durch eine Durchnähung der lupösen Bezirke (besonders der Conjunctiva, des Naseneingangs) mit Katgutfäden, die in koncentrirter ätherischer Jodoform- oder 10%iger Sublimatlösung gelegen haben. Das Nähmaterial heilt ohne Eiterung ein und wird resorbirt. (Wo bleibt die Lupusbehandlung kat' exochen, das Ausbohren mit dem Lapisstift?)

Fürbringer (Jena).

---

10. H. Collier. Lupus vulgaris — its treatment by the local application of sulphurous acid.

(Med. times 1884. April 26.)

C. empfiehlt als besonders wirkungsvoll und einfach in der Handhabung die Applikation von schwefliger Säure bei Lupus vulgaris). Von allem Auskratzen etc. kann man Abstand nehmen; man braucht nur das Mittel in Glycerin oder Öl (event. Ricinusöl) gelöst aufzupinseln. Von der officinellen gesättigten Lösung der schwefligen Säure in Alkohol nimmt man 1 Theil auf 1—3 Theile Öl oder Glycerin. Der Erfolg ist gut und tritt schnell ein; in einzelnen vom Verf. erwähnten Fällen waren schon allerlei andere Behandlungsmethoden vergeblich eingeschlagen.

Küssner (Halle a/S.).

---

11. J. Shoemaker. Naphtol, its medicinal use and value.

Journ. of the Americ. med. assoc. 1883. Nov. Deutsche Wiedergabe i. d. Monatsh. f. prakt. Dermatologie 1884. No. 2 u. 3.)

Verf. hat ausschließlich das reine, farb- und geruchlose Präparat (nach J. Wolff auf dem Wege der Dampfdurchleitung durch eine wässrige Lösung des rohen Naphthols zum Zweck der Entfernung der Thionaphthole, Thiophenole und sonstiger Verunreinigungen gewonnen) benutzt und dasselbe bei Skabies, Psoriasis, Pityriasis, gewissen Ekzemformen, frischer Wund- und Geschwürsbehandlung, gegen Genitalblennorrhöen, Rachendiphtherie etc. bewährt gefunden. Die Applikationsform bestand in Fettsalben (bis 15%) und wässrigen

Lösungen. Den Hauptwerth des Mittels erblickt S. jedoch in seiner desodorirenden Wirkung Dejektionen und verdorbener Krankenzimmerluft gegenüber. Hier steht das Naphthol weit über der Karbolsäure. Die früher gemeldeten bedenklichen Nebenwirkungen fallen bei dem reinen Präparate fort, das sich bei innerlicher Applikation Kaninchen (3stündlich 0,25) und Menschen (bis 0,3 als Einzeldose) gegenüber als durchaus unschädlich erwiesen hat.

Jedenfalls erscheinen erneute Versuche mit diesem besonders reinen, anscheinend von den in Deutschland gangbaren erheblich abweichenden Präparate angezeigt. **Fürbringer** (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

12. **Thomayer.** Bericht von der medicinischen Klinik des Prof. Dr. Eiselt für das Jahr 1881.

(Ärztl. Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Prag vom Jahre 1881.)

1) Über einige erwähnenswerthe Komplikationen der beobachteten Fälle von Typhus abdominalis. Als solche bezeichnet T. Empyem, Pneumonia crouposa und Pyämie, welche er im Laufe des Abdominaltyphus auftreten sah. Die letztere Komplikation bot der Deutung in so fern Schwierigkeiten, als sich bei der Sektion eine ulceröse Klappenerkrankung zeigte. Es ist desshalb die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass septische Endokarditis die ursprüngliche Komplikation von Typhus war, also nicht erst im Abheilungsstadium des letzteren eine pyämische Infektion stattfand.

2) Vergiftung mit doppeltchromsaurem Kali. Der beobachtete Fall ist dadurch von besonderem Interesse, als er zeigt, dass auch beim Menschen Einverleibung von Chrompräparaten ähnliche Nierenveränderungen wie bei Thieren zur Folge hat. Der Harn war spärlich und sehr trüb. Derselbe enthielt Blut und viel Albumen, mikroskopisch fand man in demselben außerordentlich viele rothe und weiße Blutkörperchen, auffallend viele Epithelien, und zwar sowohl Nieren-, als Nierenbecken- und Harnblasenepithelien, viele Blutcylinder und reichliche aus Nierenepithelien bestehende Cylinder.

Im filtrirten Harn erzeugte $AgNO_3$ einen rothbraunen Niederschlag, woraus wohl geschlossen werden kann, dass sich eine Chromverbindung auch im Harn befand.

3) Ein Fall von corticaler Hämorrhagie. Eine 75jährige, mit chronischer Nephritis behaftete Frau erlitt einen apoplektischen Insult, nach welchem sie ataktische Aphasie und eine partielle Facialisparalyse zurückbehielt. Die Zunge wich nach der gelähmten Seite ab, an den Extremitäten zeigte sich keine Spur einer Motilitätsstörung. Die Sektion bestätigte die schon intra vitam gestellte Diagnose: Malacia partis inferioris gyri centralis ascendentis sinistri.

4) Syphilitische Epilepsie. Im ersten der mitgetheilten Fälle handelte es sich um corticale Krämpfe, die bei einem an Lues leidenden Individuum auftraten und durch Jodkali heilten. Die Beobachtung ist desshalb von besonderem Interesse, als sie die vom Ref.[1] experimentell nachgewiesene Form des Übergreifens der Krämpfe auf die andere Körperhälfte zum ersten Mal auch beim Menschen konstatirt. Nachdem der Krampf eine Zeit lang auf der linken Körperhälfte getobt hatte, war zu bemerken, dass jetzt auch die Muskeln des rechten Oberschenkels und der rechten Bauchhälfte vom Krampfe befallen waren. Leider ist der weitere Verlauf der Krämpfe nicht mitgetheilt, doch geht aus diesen kurzen

[1] Unverricht, Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. XIV.

Notizen hervor, dass der Krampf die in zweiter Reihe befallene Körperhälfte in aufsteigender Richtung heimsuchte.

Die im Anfalle aufgenommene sphygmographische Kurve war leicht anakrot und die Rückstoßelevation dem Scheitel der Kurve sehr nahe, eine Thatsache, die auf eine Steigerung des Blutdruckes im Anfall hinweist und die nach T. möglicherweise durch eine krampfhafte Zusammenziehung der Gefäßmuskulatur erzeugt wird.

Der zweite Fall ist in so fern von Interesse, als jeder Anfall mit einem unartikulirten Schrei eingeleitet wurde, was Fournier für die luetische Epilepsie in Abrede stellt.

5) Carcinom der Lunge, Vaguslähmung. Bei einer an Lungencarcinom leidenden Kranken trat plötzlich eine äußerst hochgradige Kurzathmigkeit auf, die bis zum Tode 17 Stunden fortdauerte. Die Respiration war dabei beschwerlich, sämmtliche auxiliare Respirationsmuskeln in Thätigkeit bei verminderter Respirationszahl — 16 in der Minute. Puls 120. Bei der Sektion zeigte sich der rechtsseitige N. vagus in die carcinomatösen Massen am Lungenhilus vollkommen aufgelöst. Der Fall steht in klinischer Verwandtschaft zu dem vom Ref.[2] geschilderten, wo Carcinomknoten nicht den Vagus in toto, sondern nur den N. recurrens an seiner Umschlagstelle um die Aorta komprimirt hatten.

6) Einiges über die beobachteten Erkrankungen des Peritoneums. In einem Falle gaben Eier von Trichocephalus dispar Anlass zur Entstehung eines größeren Konkrementes im Wurmfortsatze, welches die Wand des letzteren usurirte und so die Entstehung einer Phlegmone hinter dem unteren Ende des Colon ascendens veranlasste. Die Phlegmone selbst brach in die Bauchhöhle durch und gab so Anlass zu einer allgemeinen eitrigen Peritonitis, die letal endigte.

Im zweiten Falle hatte ein durch Caries der Lendenwirbelsäule erzeugter Abscess ein ähnliches Schicksal erlitten.

Einen Fall, der durch Einreibungen mit Jodoformsalbe (1 : 15) und Priessnitzsche Umschläge heilte, spricht T. als chronische idiopathische Peritonitis an. Fälle von Tuberkulose des Peritoneums theilt T. nur mit, um auch bei diesen die Wirksamkeit der Jodoformbehandlung zu illustriren.

Unverricht (Breslau).

13. Morin. Hemichorée sans hémianesthésie.

(Progr. méd. 1884. No. 2.)

Ohne alle Prodrome wird ein Greis von Hemichorea (links) ohne Betheiligung des Gesichts und ohne Alteration der Sensibilität befallen. Die Krämpfe dauern mit extremer Heftigkeit bis zu dem 17 Tage später erfolgenden Tode fort. Die Autopsie ergiebt im hinteren und äußeren Abschnitt des rechten Sehhügels einen 5 mm langen, spaltförmigen hämorrhagischen Herd, schräg von außen und oben nach innen und unten gerichtet; hingegen erweist sich — und das giebt dem Falle eine Bedeutung — die weiße Substanz, die Capsula interna intakt.

Es spricht die Beobachtung für die Ansicht Vulpian's, der für die Hemichorea den Thalamus opticus verantwortlich macht, und gegen diejenige Raymond's, welcher sie in die innere Kapsel lokalisirt. Eine Kompression der Umgebung des Herdes konnte ausgeschlossen werden. **Fürbringer** (Jena).

14. F. Bottey. Obstruction intestinale datante de 18 jours et levée par l'électricité.

(Progr. méd. 1884. No. 3.)

Es handelt sich um eine 77jährige Greisin, welche ohne ersichtliche Ursache, nach leichter Obstipation mit Kolik, Stuhllosigkeit, aufgetriebenem Leib, Kothbrechen und höchst bedenklichen Kräfteverfall darbietet. In der Rectalampulle eine Anhäufung sehr harter Kothballen fühlbar. Drastika, Klysmata, Strychnin

---

[2] Beiträge zur klinischen Geschichte der krebsigen Pleuraergüsse. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. IV.

ohne Erfolg. Bevor B. zur Operation schreitet, versucht er, am 18. Tage, die Applikation des faradischen Stromes; der eine Pol wird ins Rectum eingeführt, der andere auf verschiedene Stellen der Abdominalwand aufgesetzt. Nach der ersten Sitzung (15 Minuten) ziemlich lebhafte Kolikanfälle, nach der zweiten sichtbare Kontraktionen der Bauchmuskeln, am dritten Tage ausgiebige Defäkation; von da ab in wenigen Tagen Heilung.

Verf. erblickt die Hauptwirkung des Stroms in diesem Falle von Kothanhäufung im unteren Dickdarm in der Anregung der Bauchpresse, weniger in der Beeinflussung des gelähmten Darms. **Fürbringer** (Jena.)

15. J. Hutchinson. Case of syphilis in which the fingers of one hand became cold and livid — suspected arteritis.

(Med. times 1884. März 15.)

Bei einem mit Syphilis behafteten 30jährigen Manne trat eine höchst eigenthümliche Erkrankung an den Fingern der einen Hand ein, die Verf. wohl mit Recht auf Veränderungen der Arterien bezieht, obgleich solche nicht direkt nachgewiesen wurden: unter sehr heftigen brennenden Schmerzen wurden die Finger kalt und cyanotisch, so dass Gangrän befürchtet wurde; es kam jedoch nicht dazu, und im Verlaufe mehrerer Monate glichen sich die Störungen im Wesentlichen aus, nur waren die Finger viel dünner geworden als die der anderen Hand, und die Nägel stark gekrümmt. Läsionen der größeren Arterien (und Venen) waren nicht nachzuweisen; an anderen Körperstellen wurde nichts Ähnliches beobachtet. Ob die Gefäßerkrankung direkt auf die Syphilis zu beziehen war, lässt Verf. dahingestellt. **Küssner** (Halle a/S.).

16. Kurtz (Firenze). Un corpo estraneo nell' esofago, estrazione, paralisi delle due corde vocali.

(Sperimentale 1884. März.)

Ein 20jähriges Dienstmädchen, das am 7. März 1883 eine Stecknadel verschluckt hatte, sah K. am 10. April, bis zu welcher Zeit die Pat. kontinuirlich an Schmerzen beim Schlucken besonders fester Speisen litt, während sich gleichzeitig Heiserkeit einstellte. K. konstatirte eine in der Höhe der ersten Trachealringe gelegene, sowohl auf Druck als bei Bewegungen des Kopfs nach links schmerzhafte Anschwellung. Laryngoskopisch wurde eine Parese des linken Stimmbandes konstatirt. Nach Sondirung mit einer Ösophagussonde behauptete Pat., dass der Kopf der Nadel seine Lage verändert hätte, während die Spitze an derselben Stelle geblieben wäre; nach mehrmaligen missglückten Extraktionsversuchen gelang beim vierten Male die Entfernung der wie sich herausstellte 3 cm langen Nadel, worauf die Schluckbeschwerden sofort schwanden; dagegen wurde die Pat. stimmlos und die am 11. April vorgenommene laryngoskopische Untersuchung ergab ausgesprochene Parese beider wahren Stimmbänder, deren Beseitigung unter Faradisation und Strychnininjektion gelang, so dass am 28. Mai normale Verhältnisse konstatirt werden konnten. Das Zustandekommen der doppelseitigen Lähmung erklärt K. aus einer, während der Extraktionsversuche durch die Nadelspitze bedingten Läsion des linken Vagus, zumal auch die anderen nach der Extraktion aufgetretenen Symptome: erschwerte Respiration, Oppressionsgefühl, die in das untere Ende der Speiseröhre verlegte Schwierigkeit zu schlucken auf eine Irritation dieses Nerven hinweisen. Der Fall würde der Johnson'schen Theorie zur Stütze dienen, wonach Läsion eines Recurrensstammes stets nur Parese des gleichseitigen Stimmbandes zur Folge hat, während sich im Anschluss an Läsion eines Vagusstammes auch eine Lähmung auf der dem intakten Vagusstamm entsprechenden Kehlkopfhälfte entwickeln kann (cf. das Referat des Unterzeichneten über die bezüglichen Arbeiten von Semon). **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN
herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 28. **Sonnabend, den 12. Juli.** **1884.**

1. **Bechterew** und **P. Rosenbach.** Über die Bedeutung der Intervertebralganglien.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 10.)

Die Verff. untersuchten, ob im Rückenmark, nach Abtrennung der Spinalganglien von demselben, Veränderungen konstatirt werden könnten (die früheren Versuche über diesen Gegenstand, von Buffalini und Rossi, so wie von Singer erschienen ihnen als ungenügend). Nach Durchschneidung der Gesammtmasse der unter der Lendenanschwellung abgehenden, die Cauda equina bildenden Wurzeln zeigten die Thiere vollständige Lähmung des Schweifes und Bewegungsstörung der hinteren Extremitäten, Anästhesie an Schweif, Perineum und hinteren inneren Schenkelflächen, Sphinkterenlähmung. In den ergriffenen Muskeln kam es bald zu »vollkommener Entartungsreaktion«. Die Thiere starben meist spontan unter Abmagerung nach 10—30 Tagen; einige erholten sich und wurden nach 2—3 Monaten getödtet. Die mikroskopische Untersuchung ergab (an gehärteten

Präparaten) hochgradige Degeneration der centralen Stücke der durchschnittenen hinteren Wurzeln; deren peripherische Abschnitte, so wie die centralen Stücke der vorderen Wurzeln ließen dagegen nichts Pathologisches erkennen. Im Rückenmark betrafen die ausgeprägtesten Veränderungen die Nervenzellen der grauen Substanz: im untersten Rückenmarksabschnitt, mit Einschluss der Lumbalanschwellung hochgradiger Schwund der Zellen in Vorder- und Hinterhörnern; nur die kleineren Zellen der letzteren waren mehr erhalten. Der Destruktionsprocess der Zellen verlief in verschiedenen Formen: Vacuolenbildung, fettig körniger Zerfall; in anderen Fällen Quellung des Protoplasmas und blasse Tingirung mit deutlicherer Färbung des Kerns, Verlust der Fortsätze, weiterhin auch des Kerns, Protoplasmaschrumpfung und Zurückbleiben einer blassen strukturlosen Scholle an Stelle der Nervenzelle. Auch die Grundsubstanz der grauen Hörner erschien verquollen, trübe; die Gefäße der grauen Substanz zuweilen überfüllt, in ihrer Nähe Anhäufung plastischen (kolloiden) Exsudates. Was die weiße Substanz betrifft, so beschränkte sich hier die Degeneration hauptsächlich auf die intramedullären Fortsetzungen der hinteren Wurzeln; an einigen Rückenmarken waren indessen auch die Fortsetzungen der vorderen Wurzeln degenerirt. Die Degeneration betraf unter der Lendenanschwellung den ganzen Durchschnitt der Hinterstränge, weiter aufwärts dagegen nur die innerste (mediane) Partie der Goll'schen Stränge; auch diese waren zuweilen — wo die Thiere nur kurze Zeit am Leben geblieben waren — gar nicht oder nur schwach afficirt, während die graue Substanz höchst ausgesprochene Veränderungen darbot. Zuweilen zeigte sich auch Entartung einzelner Fasern der Kleinhirnseitenstränge, so wie der Burdach'schen Stränge, und der Seitenstrangreste; Pyramidenbahnen stets frei. Die Verff. folgern aus diesen Versuchen, »dass die Intervertebralganglien nicht nur den sensiblen Fasern und Wurzeln der Rückenmarksnerven, sondern auch den Ganglienelementen des Rückenmarks selbst als trophische Centren dienen«. Dagegen wollen sie die aufsteigende Verbreitung der Zellendegeneration nicht von der Ganglienabtrennung direkt herleiten, sondern als einen per contignitatem fortschreitenden Process betrachtet wissen, wobei die vielfache Verbindung der Nervenzellen unter einander, vermittels ihrer Fortsätze und des Nervennetzes der grauen Substanz, fördernd mitwirke. Eben so fassen sie die Degeneration der Goll'schen und der anderen weißen Stränge nur als »consecutive Affektion« auf.

A. Eulenburg (Berlin).

---

2. Th. Rumpf. Untersuchungen über die Wärmeregulation in der Narkose und im Schlaf.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIII. p. 538.)

Die Fähigkeit der Säugethiere, durch Anpassung ihrer Wärmeproduktion an die mit der Außentemperatur wechselnde Wärmeabgabe

ihre Temperatur konstant zu erhalten, erlischt in der Narkose. Es wurde hauptsächlich an Meerschweinchen experimentirt. Dieselben behaupten normal ihre Eigenwärme vollkommen, wenn man sie aus der Zimmerwärme in eine Luft von (+) 1—4° C. bringt. Durch Chloralhydrat, Morphium, Chloroform, Äther, Alkohol narkotisirt, zeigen dieselben Thiere unter gleichen Verhältnissen einen stetigen Temperaturabfall, der zuweilen bis zu der von Horvath ermittelten Grenze der Lebensfähigkeit unserer Warmblüter (ca. 16° C) geht. Wenn unter dem Einfluss der Narkose und der kalten Umgebung die Temperatur um eine Anzahl Grade gesunken war, traten häufig klonische Zuckungen und Zittern auf. Ein Einfluss dieser Muskelthätigkeit auf die stetig absinkende Temperatur ließ sich nicht erkennen. Wenn die Narcotica keinen Schlaf herbeiführten, war die Herabsetzung der Temperatur zwar vorhanden, aber geringer.

Sauerstoffverbrauch und Kohlensäureproduktion der narkotisirten Thiere wurden in dem kleinen Pflüger'schen Respirationsapparate bestimmt und regelmäßig stark herabgesetzt gefunden und zwar durch Chloralhydrat bis auf 38% des Normalwerthes, durch Morphium auf 56,1 resp. 75,7%, durch Chloroform auf 62,7%, durch Alkohol auf 72,1 resp. 67,9%, durch Äther auf 73,2%. Alle Medikamente wurden subkutan applicirt. Beachtung des Sauerstoffverbrauchs in den einzelnen Perioden des Versuchs ergab, dass derselbe vorübergehend noch viel geringer war, als die angeführten Mittelzahlen zeigen.

Um zu entscheiden, ob die Herabsetzung der Oxydation einer direkten Wirkung der Medikamente auf die Zellen, speciell die Muskeln zuzuschreiben sei, wurden lebensfrische Muskeln rasch zerkleinert und von dem Brei gleiche Mengen mit gleichen Quantitäten arteriellen defibrinirten Blutes gemischt. Der Muskelbrei bewirkte durch seinen Sauerstoffverbrauch eine Dunkelung des Blutes, welche um so rascher erfolgte, je höher die Temperatur war. Die so gemessene Größe des Sauerstoffverbrauchs der überlebenden Zellen wurde durch Zusatz eines der Narcotica durchaus nicht beeinflusst.

Der Ausschluss einer unmittelbaren Wirkung der Narcotica auf die Gewebszellen führt dazu, die von vorn herein wahrscheinlichere Annahme, dass sie durch Vermittlung des Centralnervensystems wirken, als die allein zulässige zu erkennen. R. nimmt an, dass sie jene Anregungen beseitigen, welche normal stetig den kontraktilen Geweben vom Centrum her zuströmen. Der Einwand, die verminderte Oxydation möchte nur Folge der geschwächten Energie von Kreislauf und Athmung sein, wird durch den Nachweis entkräftet, dass bei den narkotisirten Thieren das Muskelvenenblut heller als normal ist. Die Analogie zwischen der Wirkung der Narcotica und der allerdings nur geringen Temperaturherabsetzung, welche beim Menschen durch körperliche und geistige Ruhe, namentlich aber durch Schlaf hervorgerufen wird, erfährt eine ausführliche Diskussion. (R. giebt u. A. eine recht interessante Variation des Experiments von Senator, dass starke

Kältewirkung auf die Haut die Temperatur in der Axilla emportreibt, ohne merkliche Änderung der Mastdarmtemperatur. Er erklärt das Experiment so, wie dies Ref. früher gethan (Pflüger's Archiv Bd. IV p. 88), aus der durch den Kältereiz gesteigerten Wärmeproduktion in den Muskeln.

R. ignorirt nicht, dass die herabgesetzte Körpertemperatur ihrerseits eine Ursache verminderter Oxydation abgiebt, man vermisst aber in seiner Abhandlung den Beweis dafür, dass die Herabsetzung der Oxydationsprocesse das Primäre dem Temperaturabfall Vorangehende und ihn Bedingende ist. Im Gegentheil spricht die Tabelle auf p. 577 dafür, dass meist erst nach begonnenem Absinken der Temperatur die niedrigen Werthe des O-Verbrauchs beobachtet werden.

Will man die Wirkung der Narcotica auf den Stoffwechsel rein beobachten, so muss man das Abfallen der Körperwärme verhindern, wie dies Wolfers bei Untersuchung der Einwirkung des Alkohols gethan hat. R.'s Versuche widerlegen keineswegs die Wolfers'schen; sie zeigen vielmehr nur, dass die durch Alkohol in mäßigen Dosen bewirkte Steigerung des O-Konsums durch starkes Sinken der Eigenwärme verdeckt, ja sogar überkompensirt werden kann.

Für die Beurtheilung des Effekts medikamentöser Dosen beim Menschen kommt aber dieses starke Absinken der Eigenwärme nicht in Betracht.

Speciell die therapeutische Verwendung des Alkohol pflegt fast nie bis zur vollkommenen Narkose getrieben zu werden, wie sie R. durch 12 g Kognak = ca. 7 g absoluten Alkohol pro Kilo Thier erzeugte.

N. Zuntz (Berlin).

---

3. F. W. Zahn. Über das Schicksal der in den Organismus implantirten Gewebe.

(Virchow's Archiv Bd. XCV. p. 369—397.)

Verf. hat embryonales Knorpel-, Knochen- und Epithelialgewebe, centrales Nervengewebe, Glaskörper-, Nabelstrang-, Carcinom- und Sarkomgewebe in einer Reihe von Versuchen direkt in das Gewebe (Niere, vordere Augenkammer) erwachsener Thiere implantirt, in einer anderen Reihe die genannten Gewebsarten direkt in die Blutbahn erwachsener Thiere eingeführt, um zu entscheiden, ob es gelingt, auf diese Weise atypische Gewebswucherungen im Organismus des erwachsenen Thieres zu erzeugen. Wegen der Versuchsmethode muss auf das Original verwiesen werden. Nur die mit dem embryonalen Knorpel- und Knochengewebe angestellten Versuche fielen zum Theil wenigstens positiv aus, alle anderen untersuchten Gewebsarten verfielen in dem Organismus des erwachsenen Thieres sehr bald der Verfettung und regressiven Metamorphose. Die mit dem Knorpel- und Knochengewebe angestellten Versuche ergaben zunächst, dass normales Knorpelgewebe älterer Thiere resecirt und ihnen selbst oder

anderen Thieren der gleichen Gattung in irgend ein Organ implantirt, der Verfettung und Auflösung verfällt. Die Vergrößerung fötaler Knorpelkeime geschieht von ihnen selbst aus und zwar im Innern derselben durch Vermehrung der intercellularen Grundsubstanz, an ihrer Peripherie aber durch Wucherung der Knorpelzellen. Dieses Wachsthum ist um so kräftiger, je stärker vaskularisirt das umgebende Gewebe ist, und die Zellenvermehrung geschieht namentlich nach der Richtung des geringeren Widerstandes. Das implantirte und das davon neugebildete Knorpelgewebe kann verkalken oder auch fibrillär entarten; außerdem können sich die einzelnen Zellenterritorien von einander trennen, um zuerst als solche fortzubestehen und dann ebenfalls fettig zu entarten. Pathologisches Knorpelgewebe verhält sich ganz wie fötales. Die implantirten Knorpelstückchen bewirken in ihrer nächsten Umgebung Wucherung der zelligen Elemente, Neubildung von fibrillärem Bindegewebe und Kapillargefäßen. Die in dem wuchernden Bindegewebe etwa vorhandenen specifischen Gewebselemente gehen zu Grunde.

Das fötale Knochengewebe wurde stets in die Organe implantirt, niemals wurde es direkt in die Blutbahn gebracht. Dasselbe blieb zunächst gut erhalten, dann wurde es, wie die Injektion bewies, von der Umgebung aus vaskularisirt, worauf es sich vergrößerte. In den Präparaten von frühen Stadien war der typische Bau des wachsenden Knochens noch erhalten, in den späteren Stadien verschwanden aber trotz der Vaskularisation die Osteoblasten und das Markgewebe und wurden durch fibrilläres Bindegewebe ersetzt, das bereits fertige Knochengewebe ward theilweise durch die Osteoklasten zum Schwund gebracht.

Das fötale Bindegewebe (Perichondrium, Periost und Markgewebe) blieb nach der Implantation erhalten, vermehrte sich sogar und schien dazu bestimmt, das specifische Gewebe der Organe zu ersetzen. Dabei verlor es aber seinen embryonalen Charakter.

Verf. hebt selbst hervor, dass durch die genannten Versuche ein Einblick in die Entstehung der malignen Geschwülste nicht gewonnen wurde. Wenn auch einzelne der implantirten Gewebe erhalten blieben, sich sogar vergrößerten, so waren doch die Wucherungsvorgänge keine atypischen, sie dauerten nur eine kurze Zeit; dann ging das neugebildete Gewebe eine regressive Metamorphose ein, oder es verlor seinen embryonalen Charakter und wandelte sich in ein fertiges, bleibendes Gewebe um. **Löwit** (Prag).

---

4. **Ida Eliaschoff.** Über die Wirkung des Kantharidins auf die Niere.

(Virchow's Archiv Bd. XCIV. p. 323—342.)

Eine Experimentaluntersuchung aus dem Langhans'schen Institut, zu welcher die widersprechenden Resultate der einschlägigen Arbeiten von Schachow, a Cornil u. A. Veranlassung gegeben. Verfasserin

beschränkte sich auf das Studium der Läsion der Kaninchenniere bei schnell tödlicher Vergiftung durch subkutane Injektion von 0,01 in Essigäther gelösten Kantharidins. Zur Konservirung dienten Chromsäure und chromsaure Salze.

Die Veränderungen betrafen das Gefäßsystem und die Epithelien, von ersterem nur die Glomeruli unter der Form der Glomerulo-Nephritis mit Vergrößerung der Knäuel- und Kapselepithelien ohne Proliferation, Austritt von farblosen und spärlichen rothen Blutkörperchen, Lieferung eines albuminösen Exsudats unter hochgradiger Reduktion der Harnsekretion. Eigenthümlich waren die die sämmtlichen Harnkanälchen bis zu den Sammelröhren des Marks mit Ausschluss der absteigenden Schleifenschenkel betreffenden epithelialen Veränderungen, in so fern ein auf die innere Hälfte der Epithelien beschränkter Zerfall den größten Theil der Kerne in das Lumen abgeführt und die Bildung eines schmalen kontinuirlichen, aus dem peripheren Theil der Zellen bestehenden Belags auf der Membrana propria unter Erweiterung der Kanälchen veranlasst hatte. Dass diese Metamorphose Cornil entgangen, glaubt E. auf die differente Art der Konservirung der Präparate beziehen zu müssen. Im Bereich der Sammelröhren zeigte sich einfache epitheliale Desquamation. Hier wurden im Lumen anscheinend eingewanderte und geblähte Lymphkörperchen gefunden. Zur Cylinderbildung war es meist noch nicht gekommen. Stroma der Niere ohne Kernwucherung.

Die Oligurie bezw. Anurie durch eine Läsion der Kapillarschlingen der Glomeruli zu erklären ging nicht an, da sie sich für Injektionsmassen durchaus durchgängig erwiesen. In wie weit Sinken des Blutdrucks, der Geschwindigkeit des Blutstroms, Veränderungen der Glomerulusepithelien für die Sekretionshemmung verantwortlich zu machen, lässt Verfasserin dahingestellt.

Sicher sind die Drüsenepithelien an der Ausscheidung des Kantharidins betheiligt; indigoschwefelsaures Natron wurde durch die Epithelien der gewundenen Kanälchen um so weniger ausgeschieden, je mehr Zeit nach der Intoxikation verflossen war. Somit bestand ein Parallelismus zwischen den mikroskopisch zu erschließenden Läsionen der Zellen und ihrer Ausscheidungsinsufficienz. Dass das Gift auch durch die Glomeruli ausgeschieden wird, schließt E. aus der Aufblähung der im Kapselraum aufgefundenen Wanderzellen. Eine analoge Vergrößerung erlitten die Harnblasenepithelien in Folge des Kontaktes mit dem kantharidinhaltigen Harn.

Fürbringer (Jena).

---

5. G. Salomon. Über die chemische Zusammensetzung des Schweineharns.

(Virchow's Archiv Bd. XCV.)

Mittels der von E. Salkowski angegebenen Methode der Silberfällung gelang es S. die bisher im Schweineharn vermisste Harnsäure

darzustellen. Es fand sich ferner ein Körper, der mit dem von Pecile als Bestandtheil des normalen Schweineharns beschriebenen Guanin eine Anzahl Reaktionen gemein hatte, von dem sich aber nicht mit Sicherheit beweisen ließ, ob er wirklich Guanin sei. Vorhanden war weiterhin Xanthin (schon von Pecile neben dem Guanin gefunden), Kreatin, das sich vielleicht aus ursprünglich vorhandenem Kreatinin gebildet hatte und eine in Äther lösliche krystallisirende Säure, vielleicht Bernsteinsäure. **F. Röhmann** (Breslau).

6. G. Salomon. Über das Paraxanthin, einen neuen Bestandtheil des normalen menschlichen Harns.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Suppl.)

Die Abhandlung enthält eine ausführliche Beschreibung des von S. entdeckten Paraxanthins, seiner Darstellung und Reaktionen. Wir wollen hier nur Folgendes erwähnen: Die Menge, in welcher sich das Paraxanthin im Harn findet, beträgt etwa 0,1 g in 100 Liter. In seinem sonstigen Verhalten den anderen Xanthinkörpern ähnlich, unterscheidet es sich von ihnen durch seine schöne Krystallisationsfähigkeit, ferner dadurch, dass es durch Sublimat nicht gefällt wird; besonders charakteristisch für dasselbe ist die ausgezeichnet krystallisirende Verbindung, welche man erhält, wenn man zu einer Paraxanthinlösung Kali- oder Natronlauge setzt. Dem Paraxanthin kommt die Formel $C_7HgN_4O_2$ zu. Bisher ist es nur im menschlichen Harn gefunden; eine chemische Beziehung zu den anderen Xanthinkörpern hat sich noch nicht ermitteln lassen. **F. Röhmann** (Breslau).

7. Tamassia. Über einige Momente bei der akuten Nikotinvergiftung.

(Rivista sperimentale di Medicina legale. — Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin 1884. Hft. 3.)

Verf. injicirte bei Hunden und Kaninchen subkutan reines Nikotin und konstatirte eine Abnahme der Temperatur (im Rectum gemessen) von 1,0—1,5°. Die Symptome widersprechen den üblichen, von den Autoren beschriebenen. Anfangs trat leichtes Muskelzittern ein; Puls und Respiration nahmen an Zahl und Intensität ab. Bald aber tritt unter allgemeinem Collaps der Tod ein. Die Dauer der Erscheinungen beträgt 40—50 Minuten. Die Sektion zeigt Hyperämie und Hämorrhagien in der Lunge, dem Gehirn und den Abdominalorganen. In den Geweben intensiver Tabakgeruch.

Verf. wirft nun die Frage auf, ob bei der nachgewiesenen allgemein deprimirenden, den Stoffwechsel hemmenden Wirkung des Nikotin Morphium und Opium, die gleichfalls eine Temperaturabnahme im Organismus hervorbringen, als Gegengift in Anwendung gezogen werden können. **M. Cohn** (Hamburg).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

(Fortsetzung.)

8. W. Hesse. Über quantitative Bestimmungen der in der Luft enthaltenen Mikroorganismen.

(Bd. II. p. 182.)

Die Untersuchungsmethode des Verf.s beruht darauf, dass er mittels eines Aspirators gemessene Mengen Luft durch eine mit Nährgelatine ausgekleidete, sterilisirte, horizontal gelegte Glasröhre hindurchleitet, auf welcher sich die niedergefallenen Keime weiter entwickeln.

Die ca. 70 cm langen, 3,5 cm weiten Röhren werden an der einen Öffnung mit einer straff schließenden Gummikappe mit einem centralen runden Ausschnitt von 1 cm Durchmesser verschlossen, über die, so lange nicht Luft durchgeleitet wird, eine zweite unversehrte Gummikappe gezogen wird. In die Röhre lässt man 50 cm erwärmte Nährgelatine (Fleischinfuspeptongelatine von 5% Gelatinegehalt) einfließen und verschließt dann die andere Öffnung mit einem knapp anschließenden 2 cm dicken Kautschukpfropf, welcher in seiner centralen, etwa 1 cm weiten Durchbohrung ein mit 2 Wattepfropfen versehenes, ungefähr 10 cm langes und 1 cm weites Glasrohr trägt, das die Verbindung mit dem Aspirator vermittelt. Die Röhre wird dann sterilisirt, indem man sie mittels des Apparates von Koch, Gaffky und Löffler 1—2 Stunden strömendem Wasserdampf von nahezu 100° aussetzt. Die Vertheilung der Gelatine erfolgt derart, dass man die aus dem Sterilisationsapparat herausgenommene, etwas abgekühlte Röhre unter der Wasserleitung in der Weise schnell abkühlt, dass man sie in horizontaler Lage fortwährend hin- und herzieht und gleichzeitig schnell um ihre Achse dreht, bis die Gelatine völlig erstarrt ist. Nachdem die Röhre dann außen mit einer 1%igen Sublimatlösung gereinigt ist, wird sie in horizontaler Lage auf einem Stativ befestigt und durch einen Gummischlauch mit einem geeigneten Aspirator in Verbindung gesetzt.

Es stellte sich bei den Versuchen heraus, dass die Keime sich ausschließlich auf der unteren Fläche ablagern und zum weit überwiegenden Theil im Anfangsstück der Glasröhre; geschah die Luftdurchleitung schnell, so wurden noch Keime bis jenseits der Röhre durchgeführt, geschah sie zu langsam, so fielen die meisten im Anfangstheil dicht neben einander nieder und störten sich in der Entwicklung. Als passende Mittelgeschwindigkeit, bei der man alle in der Luft enthaltenen Keime erhält und dieselben doch möglichst weit von einander entfernt liegen und so unter die günstigsten Ernährungsbedingungen gelangen, erwies sich für die Luft im Freien diejenige, bei der 1 Liter Luft eine Röhre von 70 cm Länge in 2—3 Minuten durchstreicht, bei bewohnten Räumen 3—4 Minuten. Die Menge der anzuwendenden Luft schwankte nach dem Keimreichthum derselben von 0,5—100 Liter, im Durchschnitt sind für die Luft im Freien 10 bis 20, in bewohnten Räumen 1—5 Liter zweckmäßig, um ein reichliches, noch übersehbares Resultat zu erhalten. Man kann einen Versuch für gelungen halten, d. h. annehmen, dass keine Keime über die Röhre hinaus passirt sind, wenn das letzte Viertel der Röhre von Kolonien freibleibt und wenn sich dieselben am Anfangsstück am dichtesten zeigen und entsprechend der Entfernung von demselben abnehmen. Eine Glasröhre ohne Nährlösung absorbirt die Keime in gleicher Weise, denn wenn man eine zweite mit Nährlösung dahinter anhängt,

lagern sich in derselben keine Keime mehr nieder; eben so fallen alle Keime nach unten, wenn man auch die Röhre nur an ihrer oberen Fläche mit Gelatine auskleidet; es bleibt dann letztere vollkommen frei.

Man könnte daher nur die untere Fläche mit Gelatine auskleiden, doch bildet sich dann über derselben Kondensationswasser und stört den Versuch. Am besten verfährt man, indem man die Röhren in der oben erwähnten Weise nur so lange dreht, bis der flüssige Inhalt fast erstarrt ist, dann plötzlich aufhört und die Röhre nur noch horizontal hin- und herbewegt. Dabei senkt sich die Hauptmasse der Gelatine nach unten und bildet dort eine dicke gleichmäßige ebene Schicht, während der übrige Theil der Röhre nur mit einer ganz dünnen Schicht bedeckt bleibt.

Innerhalb 8—10 Tagen sind die meisten Kolonien ausgewachsen und können dann untersucht resp. weitergezüchtet werden, will man die Röhren in diesem Zustande konserviren, so empfiehlt sich die Durchleitung einiger Liter Luft, in denen 1 g Schwefel verbrannt ist.

Die Resultate der Versuche, die der Verf. mit seiner Methode unter verschiedenen Verhältnissen erhalten hat und die er durch eine Reihe schöner Abbildungen illustrirt, sind folgende: In Berlin ergab die Luft im Freien (während des Winters) auf 20 Liter etwa 10 Keime, darunter durchschnittlich die Hälfte Spaltpilze, bei feuchter Witterung war die Zahl geringer; die Luft war beim Eintritt in Berlin bedeutend reiner, als beim Austritt, in den höheren Regionen reiner, als in den niederen. In Wohnzimmern fand sich die Zahl der Keime, besonders der Spaltpilze größer, jedoch nur, wenn die Luft darin sich in Bewegung befand und wenn dieselben in der That bewohnt wurden; andernfalls war sie oft sogar geringer, als im Freien. Sehr bedeutend war die Zunahme des Keimgehalts eines Schulzimmers im Verlauf des Unterrichts. In verunreinigten Räumen (Ställen etc.) war die Zahl der Keime eine wahrhaft kolossale und bestand fast ausschließlich aus Spaltpilzen. In Schwarzenberg fand der Verf. die Luft sowohl im Freien, als in den Wohnzimmern bedeutend ärmer an Keimen, besonders an Spaltpilzen.

Die Versuche, auch der Bodenluft mittels der angegebenen Methode ihre Keime zu entziehen, gelangen nicht.

Strassmann (Berlin).

---

9. **Gaffky.** Ein Beitrag zum Verhalten der Tuberkelbacillen im Sputum.

(Ibid. p. 126.)

Gelegentlich einer Untersuchung über die entwicklungshemmende Wirkung verschiedener Substanzen auf die Tuberkelbacillen, hat Verf. das Sputum einiger Phthisiker täglich auf Bacillen untersucht, derart, dass er jeden Tag ein Präparat machte und die Häufigkeit der Bacillen in demselben notirte, zu welchem Zweck er eine 10 Grade umfassende Skala aufgestellt hatte. Bei 12 von den 14 untersuchten Fällen handelte es sich um ausgesprochene, mehr oder weniger ausgedehnte Lungentuberkulose, das Sputum wurde untersucht im Ganzen 382mal, Bacillen wurden 338mal gefunden: also, trotzdem an jedem Tage nur ein Präparat untersucht wurde, in 95,5% der Fälle ein positives

Resultat. Quantitativ dagegen ergab die Bacillenanalyse bei den einzelnen Fällen ein ziemlich schwankendes Resultat; über die prognostische Verwerthung der im Sputum gefundenen Bacillen menge hält sich Verf. nicht für berechtigt, ein Urtheil auszusprechen.

In einem Falle (dem dreizehnten) wurden im Anfang der Beobachtung Bacillen gefunden, nachher verschwanden dieselben. Es bestand eine geringfügige Infiltration der rechten Spitze, deren klinische Erscheinungen gleichfalls zurückgetreten waren, als sich Pat. eine Darmentzündung mit Perforation zuzog und daran zu Grunde ging. Die Sektion ergab abgesehen von einem kirschkerngroßen verkalkten Herde ausschließlich schiefrige Induration der Lungenspitze; es handelte sich hier also höchst wahrscheinlich um eine geheilte Lungentuberkulose. Ganz ähnlich verlief der 14. Fall, der jedoch nicht zur Sektion kam. **Strassmann** (Berlin).

---

10. **Bourgeois.** De la vaccination par injection sous-épidermique.

(Bull. gén. de thérap. 1884. April 30.)

B. zählt eine Reihe von Nachtheilen auf, die der bis jetzt allgemein geübten Methode der Vaccination durch Schnitt zukommen sollen, das wäre insbesondere die dabei entstehende Blutung, die den größeren Theil der Vaccine mit fortschwemmt. Bei Benutzung einer Lancette bliebe ferner der größere Theil der Vaccine in der Hohlrinne liegen und könne auch durch Abstreifen in die kleine Schnittwunde nicht verwerthet werden.

Des Weiteren brauche man bei dieser Art der Impfung eine größere Reihe von Schnitten, wodurch zwar die Chancen für die Inokulation gesteigert, aber auch der Eintritt etwaiger Komplikationen (Lymphangitis) erleichtert werde.

All diesen Nachtheilen glaubt B. entgehen und doch eine genügende Schutzimpfung vollziehen zu können, wenn er mittels einer Hohlnadel, an der ein kleiner Ballon befestigt ist, die Lymphe aus den Pusteln aussaugt und jederseits nur eine Injektion in die Cutis macht. Die ersten Impfungen der Art wurden an Soldaten behufs Revaccination gemacht mit 25 % Erfolg, es bildeten sich schöne Pusteln ohne stärkere Entzündung der Umgebung. Eine weitere Serie von Impfungen wurde an 5 Kindern vorgenommen, bei denen es sich um die erste Impfung handelte, und zwar mit je einer Injektion auf den rechten und je zwei auf den linken Arm, jedes Mal bildeten sich schöne Pusteln. **Seifert** (Würzburg).

---

11. **Aufrecht.** Zur Therapie der akuten Nephritis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 51.)

Verf. wiederholt seine Empfehlung, bei der stets mit einer »Reizung« der epithelialen Elemente beginnenden akuten parenchymatösen Nephritis von allen Diureticis und Diaphoreticis, welche gewebsirritirend

wirken, abzusehen. Besonderes Gewicht wird auf Bettlage bis zum völligen Schwund des Eiweißes aus dem Harn (wenn aber, wie nicht selten nach Scharlachnephritis, eine geringfügige Albuminurie Monate lang anhält? Ref.) und auf blande Diät (Wasser, Selters-, Zuckerwasser, Hafergrütze, Gries- und Mehlsuppe, Buttersemmeln und erst gegen Ende der 2. Woche Milch und Bouillon) gelegt. Die Vermeidung N-reicher Speisen hat zum Zweck, die kranken Epithelien ihrer Funktion, der »N-Absonderung« möglichst zu entlasten. Verf. beruft sich auf den günstigen Erfolg in einem Falle von 80stündiger Anurie, dessen Krankengeschichte er giebt. Schwitzbäder hat er in keinem Falle angewandt. (Ref., der des Verf. Anordnung der Zufuhr größerer Flüssigkeitsquanta bei frischer Nierenentzündung theilt, erblickt gleichwohl eine der wichtigsten Maßnahmen, zumal bei Schwächezuständen irgend welcher Art, in einer ungesäumten Darreichung von Eiern und Milch, deren schädliche Wirkung ihm nie deutlich geworden.)

Fürbringer (Jena).

---

12. **Friedmann.** Pelletierinum tannicum (Punicinum tannicum) als Bandwurmmittel.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1884. Hft. 3.)

Das Pelletierinum tannicum, eine Mischung von 1 Theil Punicin Taureti) mit 3 Theilen Gerbsäure stellt ein graugelbes Pulver dar, welches geruchlos ist und einen etwas holzigen Geschmack besitzt, keine unangenehmen Erscheinungen bei innerlichem Gebrauch macht und in Dosen von 3—6 g (halbstündlich 0,5) hinreicht, um Tänien zu tödten oder zu betäuben. Als Vorbereitungskur schien nur Tags zuvor etwas Ricinusöl nöthig, um den Darm zu entleeren. In zehn Fällen ging der Kopf der Tänia ab. (Eine genauere Angabe über die Tänienart findet sich nicht in der Originalmittheilung. Ref.)

Seifert (Würzburg).

---

13. **Cnyrim.** Erfahrungen aus der Frankfurter Milchkuranstalt.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 3. p. 225—275.)

Seit April 1877 besteht in Frankfurt eine durch den dortigen ärztlichen Verein ins Leben gerufene, sorgfältig geleitete und überwachte Anstalt, in welcher eine für die Säuglingsernährung möglichst vollkommen geeignete Milch producirt wird. Der Verbrauch dieser Milch stieg vom Jahre 1878 von $2^1/_2$ bis zum Jahre 1882 auf $3^1/_2$ Hunderttausend Liter. Trotz dieser respektabeln Quantität ist der Umfang der Wirksamkeit der Anstalt für den speciellen Zweck der Säuglingsernährung noch relativ zur vorhandenen Kinderzahl ein bescheidener. Da nämlich obige Milchmenge zu einem erheblichen Theile von Erwachsenen getrunken wird, so schätzt der Verf., dass im Jahre 1882 nur etwa 630 Säuglinge mit der Anstaltsmilch dauernd ernährt worden seien (gegen beinahe 8000 vorhandene Kinder dieses

Alters!). So ist es begreiflich, dass für Beurtheilung des Erfolges, den die Ernährung mit Anstaltsmilch gehabt, eine Vergleichung der Säuglingsmortalität während der Anstaltsmilch-Jahre mit derjenigen früherer Lustren zu einem einigermaßen brauchbaren Resultate nicht führen konnte. Verf. glaubte aber doch aus seinen diesbezüglichen statistischen Erhebungen den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Milchkuranstalt zur Verbesserung der Säuglingsmortalität in Frankfurt bereits beigetragen habe.

Um aber auf einem anderen Wege zu einem etwas klareren Urtheil über die Erfolge der Kuranstalt zu gelangen, wurden Oktober 1882 an die behandelnden Ärzte Frankfurts Fragebogen versendet, in welchen der Einzelne über seine Erfahrungen berichten sollte.

Drei Viertheile der Ärzte antworteten, und es ergab diese Enquète in nuce Folgendes: 1) Mit ganz wenigen Ausnahmen wurde die Milch gut vertragen. 2) Es wurden im Allgemeinen viel weniger schwere Magen-Darmaffektionen beobachtet, als bei Ernährung mit gewöhnlicher Kuhmilch, wenngleich natürlich auch bei der Anstaltsmilchernährung Todesfälle beobachtet wurden. 3) Die Erfolge für Ernährung und Wachsthum der Kinder waren sehr günstige. (Genaue Zahlen fehlen aber durchweg, namentlich betreffs Punkt 3 wären sie wohl zu beschaffen gewesen. Ref.) 4) Vielfachen Tadel fand der hohe Preis der Milch, 50 ₰ pro Liter.

Letzterer Übelstand ist nach Verf. nicht zu ändern und liegt in der von der Landwirthschaft getrennten Produktionsweise der Milch.

Nach der Ansicht des Verf.s ist mit den obigen Ausführungen sicher erwiesen, dass die Anstaltsmilch für die Kinderernährung einen qualitativ ganz anderen Werth habe, als jede anders erzeugte, speciell auch als jede gewöhnliche wenn auch unter bester polizeilicher Kontrolle stehende Marktmilch. Die chemische Analyse könne nicht als ausschlaggebend zur Beurtheilung des Werthes der Milch angesehen werden, sondern eben nur die Erfahrung, wie sie vom kindlichen Organismus verarbeitet werde. Das Hauptmoment, wodurch der Frankfurter Anstaltsmilch die so besondere Tauglichkeit zur Säuglingsernährung verliehen werde, sei in der konsequent durchgeführten Trockenfütterung des Milchviehes zu suchen. Die näheren speciell polemischen Details in den Ausführungen des Verf.s, welche durch exakte Beweise freilich nicht gestützt sind, mögen in der sehr eingehenden Arbeit selbst nachgelesen werden. **Heubner** (Leipzig).

---

14. P. G. Unna. Die Pastenbehandlung der entzündlichen Hautkrankheiten, insbesondere des Ekzems.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 2 u. 3.)

Verf. giebt dankenswerthe Vorschriften über Bereitung von 1) Bolus-, 2) Blei-, 3) Kleister-, 4) Dextrin- und 5) Gummi-Pasten mit indikatorischen Erläuterungen. Es eignet sich No. 1 mit der Grundformel: Bol. alb. pp. II, Ol. lin. p. I, zur Behand-

lung aller Arten von Ekzem, Erythem und Intertrigo; No. 2, eine Abkochung von 5 Theilen Bleiglätte mit 8 Theilen Essig, besitzt eine ungemein austrocknende Wirkung bei Ekzem, welche vor der entsprechenden des Schwefels den Vorzug der Beständigkeit hat. In No. 3—5 sinkt das Bindemittel immer mehr zu einem einfach klebenden herab. Die Kleistergrundlage, eine Abkochung von 3 Theilen Reißstärke, 2 Theilen Glycerin und 15 Theilen Wasser und die Dextrinpaste, ein Dekokt von Dextrin, Glycerin und Wasser zu gleichen Theilen passen besonders für Ekzem-, Akne- und Epheliden-Behandlung. Die Gummipasten endlich bilden die einfachste Form, wenn es sich um ein möglichst rasches Ankleben des Medikaments durch ein ganz unschuldiges Mittel handelt; es wird einem Gemisch von Mucil. Gi. arab. und Glycerin das Pulver (Zinkblumen, Amylum etc.) direkt zugesetzt. Säuren vertragen die Gummipasten nicht.

Die einzelnen Recepte, etwa ein Viertelhundert, sind im Original einzusehen (einige komplicirte sind sicher der Vereinfachung fähig, ja bedürftig). Pasten zu komponiren, welche in größerer Menge vorräthig gehalten werden konnten, gelang nicht.

Der Schluss bringt einige Bemerkungen über die Fixationsmittel Kollodium, Traumaticin, Blastin, so wie Vorschriften zur Einverleibung der verschiedensten Medikamente in die oben genannten Pasten. Es eignen sich Zinkoxyd, Schwefel, Theer für Kleister-, Dextrin- und Gummipasten, die Ichthyolpräparate und die Salicylsäure für alle Pasten mit Ausschluss der letzgenannten; für Chrysarobin und Pyrogallussäure passen besonders Bolus- und Gummipasten, während Naphthol, Karbolsäure, Chloralhydrat, Kampher, Sublimat, Kalomel, weißer und rother Präcipitat sich sämmtlichen Pasten inkorporiren lassen, eben so Jod und Jodoform mit Ausschluss der Kleister- und Dextrin-Pasten.

Fürbringer (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

15. **G. Manzini.** La corrente indotta nel versamenti pleuritici. (Der Induktionsstrom bei pleuritischen Ergüssen.)

(Gaz. d. osp. 1884. No. 19.)

M. berichtet über 2 Fälle von erheblichen pleuritischen Ergüssen, welche er nach dem Vorgange mehrerer seiner Landsleute mit dem Induktionsstrom behandelt und in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Resorption gebracht hat.

Der erste Fall betrifft einen 30jährigen Landmann, der bereits im Mai 1882 eine rechtsseitige Pleuritis acquirirte, die sich aber in kurzer Zeit so weit besserte, dass er seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Im September verschlimmerte sich aber sein Zustand so, dass er im November sich ins Hospital aufnehmen ließ. Der Erguss reichte nach oben bis zur Spina scapulae resp. zum 2. Interkostalraum und blieb bis Mitte December stationär. Jetzt wurde der Induktionsstrom angewendet — eine Elektrode auf den Rücken, die andere labil parallel den Rippen unter Vermeidung der Herzregion — und schon nach 8 Sitzungen von je 10 Minuten hatte sich sowohl das Allgemeinbefinden als auch der Stand des Exsudates erheblich gebessert. Am 29. Januar 1883 wurde der Pat., dessen Erguss vorn nur noch bis zur 4. Rippe reichte, als erheblich gebessert entlassen, und nach einigen Wochen konnte eine vollständige Heilung konstatirt werden.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 30jähriges Dienstmädchen, welches im April 1883 in Begleitung einer sonst ganz glücklichen Entbindung — im 7. Monat — eine rechtsseitige Pleuritis bekam. Das Exsudat reichte eben so hoch wie im vorigen Falle und eine Probepunktion ergab eine serös-blutige Flüssigkeit. Letzterer Befund veranlasste auch hier den Induktionsstrom anzuwenden, ohne dass aber in 14 Tagen ein Erfolg erzielt wurde. Diese Behandlung wird aufgegeben, aber 2 Tage später zeigt sich das Dämpfungsgebiet um 2 Interkostalräume verkleinert. Jetzt wird die elektrische Behandlung fortgesetzt und das Exsudat der Pat., welche mittlerweile an einer puerperalen Psychose — Melancholie mit zeitweiliger Nahrungsverweigerung — erkrankte, etwa bis zum Juli zur völligen Resorption gebracht. **Kayser** (Breslau).

16. **L. Conti.** Ciste idatigene del fegato (Leber), suppurazione della ciste communicazione coll' intestino etc. guadigione.

(Sperimentale 1883. T. LII. Oktober.)

C. beobachtete einen durch seinen glücklichen Ausgang bemerkenswerthen Fall von Leberechinococcus.

Ein 60jähriger bis dahin gesunder und kräftiger Mann bekam im December 1881, dann im Februar und im März 1882 Anfälle ganz ähnlich einer Gallensteinkolik. In der Zwischenzeit bestand nur ein mäßiger Schmerz in der Lebergegend und die Erscheinungen eines hartnäckigen Gastrokatarrhs mit allgemeiner Abmagerung. Bei dem Anfall im März konstatirte C.: Ikterus und mäßiges Fieber. Dieser Anfall ging in 24 Stunden vorüber und der Zustand besserte sich erheblich, bis am 29. April ein neuer außerordentlich heftiger Anfall erschien, der mit rasenden Schmerzen, Erbrechen, Fieber und Stuhlverstopfung 6 Tage anhielt und den Pat. dem Tode nahe brachte. Am 5. Mai trat Stuhlentleerung ein, es kam zur Diarrhöe mit Entleerung gelblicher, eiterähnlicher Massen und am 6. Mai entdeckte C. statt, wie er erwartete, eines Gallensteines, eine Cyste von der Größe einer mittleren Apfelsine, welche die mikroskopische Untersuchung als Echinococcuscyste nachwies. Von da ab besserte sich der Zustand des Kranken etwas, die Diarrhöe und das unregelmäßige Fieber — zuweilen abnorme Senkungen der Temperatur bis auf 35,5° C. — bestanden aber noch ca. 1 Monat fort. Erst im Juni 1882 schwanden auch diese Symptome, der Kranke erholte sich bald vollständig und hat seitdem, also innerhalb eines Jahres, keine weitere Störung gezeigt. C. glaubt, dass es sich um eine Echinococcuscyste gehandelt habe, welche an der unteren Fläche des rechten Leberlappens (während der Anfälle schien die Leber vergrößert, zeigte aber nirgends einen Tumor) saß und in das darunter liegende Colon durchgebrochen sei. **Kayser** (Breslau).

17. **Vulpian.** Obstruction de l'artère sylvienne gauche dans le cours de la fièvre typhoïde.

(Rev. de méd. 1884. No. 2.)

Ein 17jähriger Mann erlitt am 23. Typhustage eine Hemiplegie der rechten Seite mit vollständiger Aphasie. Die genaue Untersuchung (14 Tage später) ergab Lähmung der unteren Facialiszweige, vollständige Lähmung der rechten oberen Extremität ohne Störung der Sensibilität, bei Erhaltensein der Sehnenreflexe und normale Muskelerregbarkeit; die rechte Unterextremität erschien nur paretisch. Drei Monate später hatte sich die Aphasie um Geringeres gebessert, der Kranke konnte »ja« und »nein« sagen, aber nur mit erschwerter Artikulation; auch die Facialislähmung war etwas geringer geworden. Die Lähmung des rechten Armes war gleich geblieben. Kontraktur nicht eingetreten, dagegen bedeutende Abmagerung. Entsprechend dem Torpor der Gefäße fühlte sich die rechte Hand kalt und feucht an. Die Sehnenreflexe waren gleichzeitig bedeutend gesteigert, schon auf leichtes Beklopfen traten starke Zuckungen auf. Die Parese des rechten Beines hatte sich so weit gebessert, dass Pat. mit Hilfe eines Stockes gehen konnte. Nach einem weiteren Vierteljahr vermochte Pat. einige Worte mehr auszusprechen, beim Gehen zeigte sich noch deutliches Hinken. Der Vorderarm war in halbe Flexionsstellung zum Oberarm, die Finger in dauernde Flexion gekommen in Folge von Kontraktur.

Die gesammte Muskulatur erschien beträchtlich abgemagert, reagirte aber noch auf den faradischen Strom.

Als Ursache der Hemiplegie wird ein im Verlauf des Typhus entstandener Verschluss der A. Sylvii sinist. mit darauf folgendem cerebralen Erweichungsherd angenommen, in Bezug auf die Art des Verschlusses neigt sich Verf. mehr zur Annahme einer Thrombose als einer Embolie, weil kein embolisches Material weder im linken Herzen, noch in der Aorta, noch im Bereich der Pulmonalis vorhanden war und andererseits, wie in anderweitig beobachteten Fällen (s. Referat in No. 47, Jahrg. 1883) durch eine Endarteritis die betreffenden Fibringerinnsel erzeugt sein konnten. **Seifert** (Würzburg).

18. **S. Wilks.** Cases of diabetes, treated with Nux vomica and mineral acids.

(Med. times 1884. März 8.)

W. theilt kurz 3 Fälle von (schwerem) Diabetes bei jugendlichen Individuen mit, in welchen außer entsprechender Kost Tinctura strychnin. und Säuren (Schwefelsäure) mit entschiedenem, wenigstens vorübergehendem Erfolge gegeben wurden. Er hat diese Medikation auch noch in anderen Fällen wirksam gefunden und schreibt dies dem günstigen Einflusse zu, den die genannten Mittel bei Verdauungsstörungen ausüben. **Küssner** (Halle a/S.).

19. **Kirkland.** Cerebral amaurosis following injury of the head.

(Amer. journ. of med. sciences No. 174.)

Ein 13jähriger Knabe, der im 7. Lebensjahre heftig auf die Stirn gefallen und längere Zeit bewusstlos gewesen war, sonst aber anscheinend keinen Schaden gelitten hatte und in der That auch ein volles Jahr gesund war, erblindete 13 Monate nach dem Unfall im Verlauf von 12 Wochen vollständig.

Jetzt besteht weiße Sehnervenatrophie, Amaurose, Mydriasis, außerdem »gastrische Krisen«, wie bei Tabes, starkes Schwanken, Nachschleifen der Füße, aber keine Sensibilitätsstörung oder motorische Schwäche. Die Kniephänomene sind gesteigert, es besteht Fußklonus. Schwachsinn.

Verf. glaubt, dass es sich um eine Kombination von Kontusion des Gehirns mit einem Tumor des Kleinhirns handele. **Thomsen** (Berlin).

20. **v. Kahlden.** Ein Fall von Dactylitis syphilitica. Mit 1 Tafel.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 2. p. 190—204.)

Die im Titel genannte Affektion wurde an einer 50jährigen Frau beobachtet und ist bemerkenswerth durch die intense Deformität der betroffenen (rechten) Hand. Dieselbe erschien abducirt und ulnarwärts abgebogen, das Radialgelenk ankylosirt, die Finger in hochgradiger Plantarflexion und Adduktion, den rudimentären Daumen überdeckend. Einige Fingergelenke unbeweglich, andere krepitirend, die Fingerglieder theils excessiv hypertrophisch, theils atrophisch; an verschiedenen Stellen Narben und zackige, fungöse Geschwüre mit knolliger Verdickung der Umgebung.

Nach der Amputation boten die Fingerknochen einfache rareficirende (sekundäre) Ostitis, keine gummösen Veränderungen dar. Das Mikroskop erwies ein derartiges Verquollen- und Verschobensein sämmtlicher Schichten der Weichtheile von der Epidermis bis zum Periost, dass eine Grenze nach keiner Richtung mehr unterschieden werden konnte. Die Neubildung stellt sich vor als ein mäßig zellenreiches, dem leprösen ähnliches Granulationsgewebe, unter Spindel-, Stern-, Fibrillenform der einzelnen Elemente mit dispersen kleinen an Lupusknötchen erinnernden Anhäufungen von Rundzellen, Arteriitis und, zumal in einiger Entfernung von den Geschwürsrändern ausgestreuten, mit Anilinfarben sich intensiv tingirenden Mikrokokkenkolonien ähnelnden kugligen Körperchen, welche Verf. als Mastzellen deutet. Keine aktive Betheiligung der Drüsenzellen.

Der Fall zeigt mannigfache Berührungspunkte mit einem von Wagner (im Arch. d. Heilk.) 1863 publicirten, vom Verf. eingehend reproducirten Beobachtung. **Fürbringer** (Jena).

21. **A. Zacco.** L'orchite malarica.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 16 u. 17.)

Ein 35jähriger sonst gesunder Hirt erkrankt an einer rechtsseitigen Orchitis und Epididymitis, ohne dass eine venerische Infektion oder überhaupt eine Affektion der Harnorgane festzustellen war. Dagegen litt Pat. seit ca. 3 Monaten an Intermittens, ursprünglich mit tertianem, später mit quotidianem Typus, schließlich war zugleich mit der Orchitis kontinuirliches Fieber aufgetreten. Alle gegen die Orchitis angewendeten Mittel erwiesen sich erfolglos. Nachdem aber durch häufige Temperaturmessungen konstatirt war, dass das kontinuirliche Fieber, welches sich zwischen 38,2 und 39,8° C. bewegte, in regelmäßiger Weise um die Mittagsstunde seine Akme erreichte, wurden am 4. Tage der Behandlung große Dosen Chinin gegeben, wodurch sich das Befinden des Pat. sofort resp. in 2 Tagen nach allen Richtungen vollständig besserte. Übrigens hatte Pat. schon früher, als das Fieber noch einen deutlich quotidianen Charakter zeigte, auf der Höhe des Fieberanfalls eine leichte Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des Hodens, die aber mit dem Fieberabfall wieder völlig verschwanden. Z. glaubt, dass die Orchitis bei der Malaria durch direkte Einwirkung des Malariapilzes entstehe, der einmal ausnahmsweise sich in einem Hoden ansiedeln könne. **Kayser** (Breslau).

22. **S. Unterberger.** Zur Frage über den Zeitpunkt des Auftretens der Epididymitis und Bubonen nach der Infektion.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 4.)

In 172 Tripperfällen (111 akute, 61 chronische) trat die Nebenhodenentzündung 65mal auf und zwar 23mal nach der akuten, 42mal nach der chronischen Form; es fällt also fast die doppelte Anzahl auf den chronischen Tripper. Die 1. Woche ist mit 5, die 2. mit 7, die 3. und 4. mit je 6, die 8. mit 3 Fällen, der 3. und 4. Monat mit 3 Fällen von Epididymitis notirt (Gesammtzahl 40 Fälle). In der Behandlung finden wir noch immer den Fricke'schen Verband und die graue Salbe eine Rolle spielen.

Fast die Hälfte aller (300) Fälle von weichem Schanker, nämlich 146, waren durch Bubonen komplicirt, und zwar fällt das Auftreten von 66 der letzteren auf die 1., von 23 auf die 2., von 24 auf die 3., von 14 auf die 4., von 11 auf die 5. und 6., von 2 auf die 8. Woche, von 6 auf den 3. bis 6. Monat. Die therapeutischen Notizen enthalten nichts Neues. Auch hier zeigten die nach dem Lister'schen Princip operirten Fälle den günstigsten Verlauf (vgl. Petersen, dieses Centralbl. No. 8). **Fürbringer** (Jena).

23. **Salmon.** Vergiftung mit Karbolsäure und Alkohol bei einem 14 Tage alten Kinde.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 7 u. 8.)

Ein 14 Tage altes Kind erhielt aus Versehen ein oder zwei Löffel einer Lösung von Spirit. vini und Acid. carbolic. āā. Das Kind erbrach darauf mehrere Male, es trat Zittern der Extremitäten, milariaartiger Hautausschlag, Verfärbung des Zahnfleisches und der Zunge auf; am folgenden Tage auch leichte Karbolfärbung des Urins. Zwei Tage später traten Heiserkeit und leichte Schlingbeschwerden auf. Letztere wechselten dann lange Zeit hindurch. Das Kind konnte zuweilen selbst feste Nahrung gut schlucken, war aber zu anderen Zeiten nicht im Stande einen Löffel Milch hinunterzubringen. Erst im dritten Lebensjahre wurde (nachdem das Kind bis dahin gut gediehen war, sich aber dann die Stenosenerscheinungen verschlimmerten) durch Gussenbauer die Ösophagotomie mit gutem Erfolge ausgeführt. Das Kind schluckte wieder vollständig normal und dieser Zustand wurde auch durch eine interkurrente krupöse Pharyngitis nicht alterirt.

M. Cohn (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, **P. Ehrlich**, **D. Finkler**, **A. Fränkel**,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 29. **Sonnabend, den 19. Juli.** **1884.**

1. O. Groth. Über die Schicksale der farblosen Elemente im kreisenden Blute. Eine Untersuchung aus dem physiologischen Institut in Dorpat.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1884.

Im Anschlusse an frühere unter A. Schmidt's Leitung ausgeführte Arbeiten über die Beziehungen der weißen Blutzellen zu dem Gerinnungsvorgange, namentlich aber an die von Rauschenbach (vgl. dieses Centralblatt 1883 p. 278) und v. Goetschel zuerst hervorgehobene Wechselbeziehung zwischen Blutplasma und Protoplasma der Leukocyten, hat Verf. die Frage zu lösen versucht, welchem Schicksale in die Blutbahn von Hunden und Katzen injicirte weiße Blutzellen unterliegen, und welche Veränderungen sich dabei im Blute selbst vollziehen. Verf. hat zu seinen Versuchen Lymphdrüsen und Eiterzellen, so wie farblose Zellen aus der Perikardialflüssigkeit von Pferden verwendet. Die ersten beiden Zellenarten

wurden aufgeschwemmt in $^1/_2$ % NaCl-Lösung im todten Zustande, die letztere in Perikardialflüssigkeit selbst in »lebendem« Zustande. d. i. zu einer Zeit injicirt, da dieselben noch amöboide Bewegungen ausführten. Über die Art und Weise, wie Verf. die Zählungen der farblosen Elemente des Blutes, so wie der injicirten Zellen vornahm, muss auf das Original verwiesen werden.

Abgesehen von mechanischen, durch die injicirten Zellen selbst bewirkten Verlegungen von kleinen Gefäßbahnen (des Lungenkreislaufes), die in einigen Fällen beobachtet wurden, gelang es Verf. namentlich bei Verwendung des noch »lebenden« Zellenbreies unmittelbar nach der Injektion Gerinnung des Blutes im Herzen, so wie in den Lungengefäßen zu erzeugen; solche Thiere gehen sofort nach der Injektion zu Grunde. In anderen Fällen ging der Ablauf der Erscheinungen nach der Injektion minder stürmisch vor sich. In solchen Fällen konnte konstatirt werden, dass das rasch nach vollendeter, oder noch während der Injektion entzogene Blut eine ganz bedeutende Zunahme der Gerinnungsgeschwindigkeit und gleichzeitig eine hochgradige Abnahme der Leukocyten erkennen lässt. Der gebildete Faserstoff zeichnet sich durch eine große Weichheit und gelatinöse Beschaffenheit und leichte Zerreißlichkeit aus. Überwindet der Organismus dieses Stadium der durch die Injektion bedingten Blutveränderung, die einer hochgradigen Zunahme des vitalen Fermentgehaltes und einer Auflösung des Gerinnungssubstrates im Blutplasma entspricht, so tritt ein weiteres Stadium ein, in dem das Blut bei einem sehr geringen Gehalte an Leukocyten seine Gerinnungsfähigkeit vollständig eingebüßt hat. Diese Gerinnungsunfähigkeit kommt nicht durch einen Mangel an Gerinnungssubstrat, sondern dadurch zu Stande, dass das Plasma nach der Injektion nicht mehr im Stande ist, die Spaltung des Gerinnungssubstrates in analoger Weise wie im normalen Zustande zu vollziehen. Es hat also das kranke Blut die Fähigkeit verloren, das Gerinnungssubstrat unter Fermententwicklung zu beeinflussen. Dafür spricht, dass Fermentzusatz zum kranken Blute noch Gerinnung bewirkt, eben so wirkt Zusatz von fermentfreiem Pferdeblutplasma.

Ganz dieselben, nur quantitativ von diesen sich unterscheidende Resultate hat Verf. erhalten, wenn er statt der Zellen selbst, einen wässerigen Auszug derselben injicirte. Dadurch erscheint ausgeschlossen, dass die injicirten Leukocyten durch einfache mechanische Gefäßverstopfung gewirkt haben, vielmehr handelt es sich um eine in der angegebenen Weise sich manifestirende chemische Alteration des Blutes selbst.

Wenn die Thiere die Folgen der Injektion überstehen, so tritt im Genesungsstadium zunächst eine bedeutende Zunahme der Leukocyten auf, die Anfangs durch ganz besondere Kleinheit ausgezeichnet sind. Später nehmen dieselben an Größe bedeutend zu, übertreffen sogar die normalen weißen Blutzellen bedeutend an Größe.

Von dem gewonnenen Standpunkte aus hat Verf. die bereits früher

von der Dorpater Schule studirten Veränderungen der Blutbeschaffenheit bei Gegenwart von gelöstem Hämoglobin neuerdings untersucht. Er weicht von der Anschauung von Bojanus, Sachsendahl und Birk in so fern ab, als er nicht das gelöste Hämoglobin für die Veränderung, die mit der nach Injektion von Leukocyten in die Blutbahn beschriebenen im Wesentlichen übereinstimmt, verantwortlich macht, da es auch sein könne, dass eine andere von den rothen Blutkörperchen stammende Substanz die genannten Erscheinungen hervorrufen könne. In diesem Sinne will Verf. auch die von v. Lesser beschriebenen Erfolge ausgedehnter Hautverbrennungen bei Thieren aufgefasst wissen.

Auch bei der Leukämie kann es sich nach der Anschauung des Verf. — direkte Untersuchungen stehen ihm hier nicht zur Seite — um eine ähnliche Alteration der Wechselbeziehung zwischen Blutplasma und Protoplasma der Leukocyten handeln. Verf. versucht, von dieser Voraussetzung ausgehend, die Veränderungen der Blutbeschaffenheit bei der Leukämie zu skizziren. Der von Birk nachgewiesene Fermentmangel im Aderlassblute eines leukämischen Kranken, so wie einige andere, in der Litteratur vorliegende Beobachtungen über die Beschaffenheit des aus leukämischem Blute gewonnenen Faserstoffes scheinen dem Verf. jetzt schon zu Gunsten seiner Anschauung zu sprechen.

Auch die Wirkung des Schlangengiftes auf die Blutbeschaffenheit wird vom Verf. nach den in der Litteratur vorliegenden Berichten mit den durch die Injektion von Leukocyten hervorgerufenen Veränderungen des Blutes in Parallele gebracht. **Löwit** (Prag).

---

2. M. Lavdowsky. Mikroskopische Untersuchungen einiger Lebensvorgänge des Blutes. Erste Abhandlung.

(Virchow's Archiv Bd. XCVI. p. 60—100.)

Verf. beschreibt in dieser Abhandlung die bei der Wanderung der Leukocyten und bei der Theilung derselben sich abspielenden Vorgänge aus dem Blute der Amphibien so wie aus dem der Säugethiere und des Menschen nach Beobachtungen, die theils mit Hilfe des heizbaren Objekttisches, theils ohne denselben angestellt wurden. Verf. unterscheidet in allen untersuchten Blutarten homogene und körnige Leukocyten. Erstere bestehen aus einer feinkörnigen, letztere aus einer grobkörnigen Masse. (Der Name homogene Leukocyten erscheint daher nicht glücklich gewählt. Ref.) Die Wanderungsvorgänge sind bei beiden Zellenarten in so fern verschieden, als die »homogenen« Leukocyten stets schmale Fortsätze ausstrecken, die oft eine große Länge erreichen können; die feinkörnige Masse der Zellsubstanz folgt diesen Bewegungen langsam nach. Oft werden einzelne solcher Fortsätze vom Zellenleib abgerissen und können unter Umständen kernlose Protoplasmaklumpen (Cytode) darstellen, die dann

aber gewöhnlich bald absterben. Wird bei diesen Vorgängen auch der Kern mit durchgerissen, dann spricht Verf. von einer gewaltsamen Theilung. Die genannten Erscheinungen treten am Amphibienblut stärker hervor als am Blute der Säugethiere.

Die grobkörnigen Leukocyten senden nur kurze, breite Fortsätze aus, die bei der Wanderung von diesen Leukocyten ausgeübte Kraft ist aber eine viel größere als bei den »homogenen«. So konnte Verf. beobachten, dass die grobkörnigen Leukocyten durch die Masse eines rothen Blutkörperchens hindurchwandern können und in demselben einen Kanal zurücklassen. Die Wanderung dieser Leukocyten geht in der Weise vor sich, dass sie zunächst eine homogene Substanz ausstrecken und dann erst die groben Körner, von denen Verf. einen Theil als Fettpartikelchen anspricht, während ein anderer Theil an Zymogenkörnchen erinnert, nachgezogen werden.

Was nun den Kerntheilungsvorgang bei den Leukocyten anbelangt, so bestätigt Verf. zunächst, dass der Kern aus einem fadenförmig angeordneten Kerngerüst und aus einem homogenen Kernsaft besteht. Da jedoch beide Substanzen sich mit Farbstoffen tingiren, so scheint dem Verf. die Bezeichnung »chromatische und achromatische Substanz« (Flemming) nicht passend und er schlägt vielmehr den Namen »kinetische und akinetische Substanz« vor, da er sich davon überzeugt zu haben glaubt, dass das Kerngerüst lebendige, d. i. aktive Gestalt- und Formveränderungen, unabhängig von den Bewegungen des Protoplasma zeigen könne. Diese Gestaltveränderung des Kernes führt vielfach zu Kerntheilung, die dann als eine direkte bezeichnet werden muss. Auch indirekte Kerntheilung, also wahre Karyokinesis, beschreibt und bildet der Verf. an Leukocytenkernen ab. (Ref. hat [vgl. dieses Centralblatt 1884 No. 11] bei den rothen Blutkörperchen nur indirekte, bei den weißen nur direkte Kerntheilung beobachtet; hämoglobinfreie und sich indirekt theilende Vorstufen der rothen Blutkörperchen können leicht zu Verwechslungen mit Leukocyten Veranlassung geben.)

Löwit (Prag).

---

3. **Fritsch.** Herrn Prof. Goltz's Feldzug gegen die Großhirnlokalisationen nach Berlin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 19.)

4. **Goltz.** Erwiederung darauf.

(Ibid. No. 20.)

5. **Fritsch.** Demonstration des etc. Hundegehirnes im Verein für innere Medicin am 19. Mai 1884.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 23.)

Mit Bezug auf den von G. auf dem 3. Kongress für innere Medicin demonstrirten Hund hebt F. (3) zunächst hervor, dass an dem qu. Hunde gerade die Rindenpartien, aus deren Fehlen Schlüsse gegen die Lokalisationen gezogen werden sollten, nicht wirklich ent-

fernt worden waren. Es sei nicht die ganze »motorische Zone« (Fritsch-Hitzig) zerstört worden, sondern vielmehr nur zum kleinsten Theil. Zudem seien die Bewegungen des Hundes keineswegs normal gewesen, sondern es habe eine Neigung der Vorderpfoten zum Ausrutschen und eine Ataxie der Nackenmuskeln bestanden — Störungen, wie sie F. und Hitzig eben schon früher als charakteristisch bei Exstirpation der betreffenden Centra gefunden hätten. Gerade diese Störungen habe der Hund gezeigt.

Dem gegenüber betont G. (4), dass seine Beobachtungen in dem Satz gipfelten, dass Thiere mit ausgedehnter Zerstörung des Vorderhirnes sich wesentlich unterschieden von solchen, welche ähnliche Zerstörungen der Hinterhauptslappen erlitten hätten. Auf die Größe der Verletzung komme es dabei weniger an, als auf die Symmetrie, bei der doch nothwendigerweise ein Theil der »Centren« ausgeschaltet worden sein müsse. Der Hund habe eine doppelseitige Verletzung des Vorderhirnes erlitten, die zum wenigsten die Centren für die Nackenmuskeln (Fritsch-Hitzig) betroffen habe. Trotzdem konnte der Hund den Nacken willkürlich bewegen und zeigte auch keine Gefühllosigkeit desselben. G. hält die Thatsache, dass Hunde mit doppelseitigen hochgradigen Substanzverlusten des Vorderhirnes eine eigenthümliche Fressstörung zeigten, für neu und zuerst von ihm selbst beschrieben. Er hebt die auch von F. gemachte Beobachtung, dass der Hund sich sehr verständig benommen habe, gegenüber Hitzig hervor, der nach Verletzung des Stirnhirnes erhebliche Intelligenzdefekte sah.

F. (5) demonstrirt an der Hand des betr. Hundegehirnes, dass G. nicht die ganze »motorische Zone«, sondern vielmehr nur die Centren für die Nackenmuskeln und die vorderen Extremitäten abgetragen habe. Es mussten also nach den Munk-Hitzig-Fritsch-schen Ansichten Störungen im Muskelbewusstsein der vorderen Extremitäten und des Nackens sich gezeigt haben und diese seien auch in der That vorhanden gewesen.

Die Charakteränderung (Bösartigkeit) des operirten Hundes erklärt F. aus dem ausgiebigen Gebrauch, welchen der Hund von den ihm allein noch zu Gebote stehenden Centren für die Kieferbewegungen gemacht habe — es frage sich, ob ein Hund, dem nur das Kiefercentrum korrekt exstirpirt sei, ebenfalls bösartig sein werde.

Wenn G. behaupte, F. habe zugegeben, dass die Lokalisationslehre unrichtig sei, weil in der That das Halsnackencentrum fortgenommen sei, der Hund aber trotzdem nicht die Bewegungsfähigkeit und das Gefühl im Nacken verloren habe, so ignorire G., dass F. und Hitzig behauptet hätten, die Verletzung des Centrums »alterire nur die willkürlichen Bewegungen des von ihm sicher in einer gewissen Abhängigkeit stehenden Gliedes, hebe sie aber nicht auf«.

Thomsen (Berlin).

6. **I. Ott.** The relation of the nervous system to the temperature of the body.

(Journal of nervous and mental disease 1884. April.)

Verf. machte Transversalschnitte durch das Großhirn von vorn nach hinten fortschreitend an 14 Katzen und Kaninchen. Aus dem Verhalten der Rectaltemperatur nach der Operation schließt er, dass in der Nachbarschaft der Corpora striata Centren liegen, die in Beziehung zur Körpertemperatur stehen und stützt sich dabei auf die am Menschen beobachtete Thatsache einer merklichen Temperatursteigerung nach ausgedehnten Läsionen der inneren Kapsel.

Die Temperaturerhöhung bei Durchschneidung der Corpora striata, resp. der Gegend hinter denselben, betrug meist 0,5—2° C., nur in einem Falle über 3° — einmal sank die Temperatur um fast 3° C.

Thomsen (Berlin).

---

7. **R. Lépine, Eymonnet** et **Aubert.** Sur la proportion de phosphore incomplètement oxydé contenue dans l'urine, spécialement dans quelques états nerveux.

(Compt. rend. 1884.)

In ähnlicher Weise wie Zülzer bestimmten die Verff. die Menge des nicht als Phosphorsäure im Harne enthaltenen »unvollkommen oxydirten« Phosphors. Sie fanden die Menge desselben vermehrt bei Fettleber in Folge von Phthisis und bei verschiedenen Affektionen des Nervensystems (Apoplexie, Epilepsie etc.), bei schwerer Anämie, gewissen Fällen von Ikterus u. a. m. **F. Röhmann** (Breslau).

---

8. **v. Mering.** Über das Schicksal des Kairin im menschlichen Organismus.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VII. Suppl.)

Bei Einführung von Kairin in den menschlichen Organismus nimmt die Menge der »gebundenen« Schwefelsäure zu, die der »präformirten« Schwefelsäure entsprechend ab. Das Kairin verbindet sich ähnlich wie das Phenol im Organismus mit Schwefelsäure und wird zum größten Theil als Kairinätherschwefelsäure durch den Harn ausgeschieden. Es gelang v. M. diesen Körper aus dem Harn darzustellen. Ein Theil wird ebenfalls wie das Phenol im Organismus weiter oxydirt und ertheilt dem Harn seine bis zu einem gewissen Grade dem Karbolharn ähnliche Farbe. Nach sehr großen Gaben findet sich im Harn eine die Ebene des polarisirten Lichtes nach links drehende, nach dem Erwärmen mit Salzsäure Fehling'sche Lösung reducirende Substanz, welche der Phenylglycuronsäure entspricht.

F. Röhmann (Breslau).

---

9. **L. Giacomelli.** Di una ptomaina dotata delle principali proprietà della picrotossina.

(Sperimentale 1883. T. LII. Oktober.)

G. hat aus einigen in Spiritus aufbewahrten Leichentheilen (Magen, Leber, Milz, Niere, Herz und Lunge) durch Extraktion, speciell durch mehrmalige Destillation mit großen Mengen Äther, einen in sternförmig angeordneten Nadeln krystallisirenden Stoff dargestellt, welcher dem Pikrotoxin außerordentlich ähnlich sich erwies. Insbesondere zeigte sich dieses Ptomain gleich dem Pikrotoxin löslich in Eisessig in der Wärme, aus welchem es beim Erkalten wieder auskrystallisirte und ergab die gleichen chemischen Reaktionen bei Behandlung mit Salpetersäure und Natronlauge, mit Kupferacetat und Natron, mit Pikrinsäure und Natron, mit ammoniakalischem Arg. nitr. Dagegen fehlte bei diesem Ptomain die Reaktion des Pikrotoxin, welche dieses mit neutralem Kupferacetat giebt. Eben so ergab die experimentelle Prüfung eine erhebliche Differenz. Während 5 ccm einer 1⁰/₀₀igen Lösung von Pikrotoxin Fröschen unter die Haut gespritzt heftige allgemeine Krämpfe hervorrief, erzeugte die Injektion einer gleichen Menge dieses Ptomains sensible und motorische Lähmung ohne jegliche Krampferscheinungen. **Kayser** (Breslau).

---

10. **Metschnikoff.** Über eine Sprosspilzkrankheit der Daphnien. Beitrag zur Lehre über den Kampf der Phagocyten gegen Krankheitserreger.

(Virchow's Archiv 1884. Bd. XCVI. Hft. 2.)

Eine hochinteressante Beobachtung, welche in mehr als einer Hinsicht den schwebenden Fragen der Infektionskrankheiten gegenüber von Belang ist. M. hat an Daphnien, welche ihrer Durchsichtigkeit wegen bekanntlich für derartige Untersuchungen sehr geeignet sind, eine neue parasitäre Krankheit entdeckt, hervorgerufen durch einen hefeartigen Pilz, welchen er als Monospora bicuspidata bezeichnet. Die nadelförmigen Sporen desselben werden von gesunden Individuen mit dem Wasser verschluckt, die Asci, in welchen sie eingeschlossen sind, durch den Magensaft gelöst, die frei gewordenen Sporen dringen in und theilweise durch die Darmwand — und nun beginnt der in der Überschrift angedeutete Kampf: der Eindringling wird von Blutkörpern umschlossen, die z. Th. riesenzellenförmig verschmelzen, und unterliegt nun einer regressiven Metamorphose, die mit dem völligen Tode der Spore enden kann. Werden alle Sporen in dieser Weise getödtet, so ist der Kampf entschieden, das Thier gesund; wo aber auch nur einige Sporen intakt bleiben, wird aus der Invasion eine Infektion — in der Leibeshöhle des Thieres beginnt die Sprossung, und wenn nun auch die Blutkörper von Neuem den Kampf mit den Conidien aufnehmen, sie auffressen (daher Phagocyten, Fresszellen), auch einige vernichten, so behalten diese doch schließlich das Über-

gewicht — und nach ca. 2 Wochen tritt in allen solchen Fällen der Tod ein. M. ist geneigt, in analoger Weise auch die Vorgänge bei der Infektion mit andersartigen Krankheitserregern zu deuten und namentlich sowohl das »Eindringen« der Bacillen in die Blutkörper für eine aktive Leistung der letzteren, als auch die Entzündung für eine wirkliche, zur Heilung tendirende Bekämpfung der geformten Gifte durch die amöboiden Zellen des Organismus zu erklären.

Posner (Berlin).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

(Fortsetzung.)

11. **Schütz.** Über das Eindringen von Pilzsporen in die Athmungswege und die dadurch bedingten Erkrankungen der Lungen und über den Pilz des Hühnergrindes.

(Bd. II. p. 208—227.)

Eine epidemische Erkrankung, welche in der Nähe von Berlin unter den Gänsen eines Besitzers auftrat und sich bei genauerer Untersuchung als Pneumonomykosis herausstellte, gab dem Verf. Veranlassung, diese bei den Vögeln bekanntlich nicht selten vorkommende parasitäre Affektion eingehender zu studiren. Er gelangte hierbei zu einer Reihe interessanter Ergebnisse, die sich speciell auf die Natur der in Frage kommenden Schimmelformen und deren außerordentlich deletäre Wirkung auf den Vogelorganismus beziehen. Von zwei jener Epidemie angehörigen Gänsen kam die eine noch lebend in die Hände des Verf. Das Thier bot in unverkennbarer Weise die Symptome der Dyspnoe dar und starb 4 Tage nach der Einlieferung. Bei der Sektion fand sich ein Pilzgeflecht auf der hinteren Fläche des Vormagens, nach dessen Abhebung eine Ulceration zu Tage trat, welche in die rechte Lunge übergriff. In letzterer, so wie auch in der linken Lunge war es zur Höhlenbildung mit umgebender Verdichtung (Hepatisation) gekommen und die Wände der Höhlen erwiesen sich als ausgekleidet mit grieskorngroßen grünen Pilzrasen. Auch die Innenfläche der Luftsäcke war mit einem fibrinösen Belag versehen, der grüne Pilzrasen einschloss. Ähnlich war der Befund bei der anderen (todt eingelieferten) Gans. Es wurde nun aus dem Pilzgeflecht im Vormagen der ersten Gans eine geringe Quantität mittels eines ausgeglühten Platindrahtes entnommen und damit eine Aussaat auf sterilisirtem Brotdekokt gemacht. Bereits nach 48stündigem Aufenthalt im Brütofen bei 30° entwickelte sich ein fruktificirender Schimmelrasen, welcher nach Ausweis der mikroskopischen Untersuchung eine Reinkultur von Aspergillus fumigatus darstellte. Mit dem durch Fortsetzung dieser Kultur gewonnenen Pilzmaterial wurden eine Reihe von Übertragungsversuchen auf gesunde Thiere unternommen, um den ätiologischen Zusammenhang zwischen der beobachteten Erkrankung und den gefundenen Pilzen genauer festzustellen und namentlich auch den Invasionsmodus kennen zu lernen. Es wurden zunächst Fütterungsversuche an sechs

Tauben und zwei Gänsen angestellt; jede der Tauben erhielt 14 Tage hindurch täglich 6 bohnengroße Pillen, welche durch Kneten der Pilzmasse mit Brot bereitet wurden, während die Gänse eine Mischung des Pilzes mit Hafer spontan verzehrten. Am 16. Tage nach der Fütterung starb eine der Tauben. Der Darmkanal erwies sich als intakt, obwohl sich in seinem Inhalt zahlreiche kleine glänzende runde Körperchen (vermuthlich Sporen) fanden. Dagegen waren die unteren Abschnitte beider Lungenflügel luftleer, schlaff hepatisirt und enthielten in den rothen verdichteten Partien kleine graue Flecke. Bei der mikroskopischen Untersuchung gefärbter Schnittpräparate (am besten eignet sich Methylenblau) zeigte sich, dass die Bronchiolen und Alveolen von einem aus fein verzweigten Fäden bestehenden Mycel erfüllt waren, welches durch seine dichte Anhäufung die schon makroskopisch sichtbaren grauen Flecke producirte. Die Fäden waren septirt und besaßen gleichfalls septirte blind endigende Nebenäste. Auch konnte an weniger dichten Stellen die Entwicklung des Mycels aus ausgekeimten Conidien konstatirt werden. Um die Fäden lagen einige rothe Blutkörperchen und sehr viele Rundzellen. Diese mykotische Pneumonie war also die Todesursache der Thiere. Verf. schließt, dass beim Verschlucken der Brotpillen die an der Oberfläche derselben lose anhaftenden Sporen aspirirt worden seien und so die Lungenerkrankung producirt hatten. Aus dem negativen Befund am Darm entnimmt er ferner, dass die bei der ersten Gans gefundene Ulceration der Wand des Vormagens durch einen Durchbruch des Pilzherdes von der Lunge in den Magen und nicht umgekehrt entstanden sei.

Nunmehr wurden Inhalationsversuche angestellt und zu dem Zwecke zunächst Tauben, dann kleinere Vögel (Sperlinge, Kanarienvögel) in geschlossene Gläser gesetzt, in welchen sie eine verschieden lange Zeit (5—15 Minuten) die zerstäubten Sporen von Aspergillus fumigatus einathmeten. Ausnahmslos starben die Thiere nach 3 bis 4 Tagen und boten nach dem Tode nicht nur die oben beschriebenen Erscheinungen seitens der Lunge dar, sondern zeigten auch eine mehr oder weniger ausgebreitete Erkrankung der Luftsäcke, deren Wandungen mit gelblichen, die Pilzrasen umschließenden, fibrinösen Massen bedeckt waren. Doch trat die Affektion der Luftsäcke nur ein, wenn das Quantum der eingeathmeten Pilzsporen nicht zu groß war, da andernfalls der Tod in Folge der heftigen Lungenerscheinungen zu früh erfolgte. Aus den erkrankten Organen wurde Material zu neuen Aussaaten entnommen und damit die vollkommene Identität der gefundenen Pilze mit Aspergillus fumigatus dargethan. Auch auf Gänse lässt sich dieser pathogene Schimmelpilz durch Einathmen übertragen und erzeugt dabei anatomische Veränderungen in den Lungen, welche sich in nichts von denen unterscheiden, die Verf. bei den der oben erwähnten Epidemie angehörigen Exemplaren gefunden hatte. Zu erwähnen ist noch, dass Mäuse, welche zusammen mit den Vögeln die Sporen inspirirten, nicht erkrankten.

Somit gelangt Verf. zu dem Schluss, dass es bei Gänsen eine

gefährliche, entweder sporadisch oder in allgemeiner Verbreitung auftretende Lungenentzündung giebt, deren Ursache der Aspergillus fumigatus ist. Der aspirirte Pilz hat bei Tauben und kleineren Vögeln dieselbe Wirkung.

Nach Feststellung dieser Thatsache wurden noch andere Schimmelpilze hinsichtlich ihrer pathogenen Wirkung auf Vögel untersucht, wobei sich herausstellte, dass Aspergillus niger sich ganz analog wie fumigatus verhält, nur dass beim Inhaliren sehr reichlicher Mengen von Sporen dieses Pilzes die letzteren nicht zu so umfänglichen Geflechten auswachsen, wie das bei Aspergillus fumigatus beobachtet wurde. Es hängt dies mit dem von Natur aus langsameren Wachsthum des Aspergillus niger zusammen. Die Sporen von Aspergillus glaucus vermögen, in größerer Quantität inhalirt, kleinere Vögel zwar gleichfalls unter den Erscheinungen entzündlicher Processe in den Lungen zu tödten, aber diese Wirkung ist die Folge des rein mechanischen Reizes der eingeathmeten Sporen; zu einer Auskeimung derselben, geschweige denn zur Bildung von Fadengeflechten kommt es dabei nicht.

Was das öfters konstatirte Vorkommen von Schimmelpilzen in erkrankten Lungen des Menschen betrifft, so glaubt Verf., auf Basis seiner Versuche, dasselbe nicht als eine accidentelle Erscheinung ansehen zu müssen, sondern ist geneigt, den Pilzen auch in diesem Falle eine ursächliche Beziehung zu den vorhandenen anatomischen Veränderungen einräumen zu müssen.

Den Schluss der Abhandlung bildet eine kurze Mittheilung über den Hühnergrind (Tinea, Favus, Porrigo galli), welch letzterer in einer Pilzerkrankung des Kammes und Kehllappens der Hühner besteht, wobei die genannten Gebilde schließlich in toto von konfluirenden grauweißen Schuppen überzogen werden. Der Process schreitet später auch auf Hals, Brust und Rumpf fort. Es gelang S. den Pilz auf Fleischpeptongelatine, so wie auf anderen Nährmedien (u. A. auch Kartoffeln), ganz besonders gut auf Brotdekokt zu züchten und mit den Reinkulturen bei vorher intakten Thieren die gleiche typische Erkrankung des Kammes zu erzeugen. Der Pilz besteht aus gegliederten und verzweigten Fäden, deren ältere Elemente breiter und kürzer sind, als die blassen und fast durchsichtigen jüngeren. Meerschweinchen, weiße Mäuse, Ratten etc. verhielten sich gegen die Impfungen refraktär.

A. Fraenkel (Berlin).

---

12. **Le Gendre.** Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale.

(Arch. gén. de méd. 1884. Januar u. März. p. 63—78. 292—307.)

Eine fleißige und kritische Abhandlung unter Zugrundelegung von 13 theils eigenen, theils fremden, sehr lesenswerthen Krankengeschichten.

Die Bedeutung der seltenen extragenitalen Primärlokalisation der

Syphilis, welche Velpeau s. Z. nicht einmal für möglich gehalten, und deren nur wenige Autoren (namentlich Diday, Jullien, Mauriac) näher gedenken, liegt in ihrer schwierigen Diagnose, insonderheit in der Vortäuschung von Rachendiphtherie, gangränöser Angina, ulcerösem Epitheliom und Gumma der Tonsille selbst für erfahrene und hervorragende Ärzte.

Die Affektion tritt unter den verschiedenartigsten Formen auf: als einfache Erosion, als richtige Ulceration, diphtherieähnlich, gangränescirend. Von Wichtigkeit ist die (indess bisweilen fehlende) mit dem Finger zu konstatirende Induration und die Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Jugend, geringe Schmerzhaftigkeit, sehr voluminöse, harte, indolente Bubonen, namentlich in der bekannten Plejadenform, sprechen gegen ulcerirenden Mandelkrebs; Einseitigkeit der Affektion, längere Dauer, allmähliches Auftreten der lokalen Beschwerden, leichtes Reinigen des Geschwürs gegen Diphtherie. Sehr schwierig kann Mangels bestimmter Anamnese und Begleiterscheinungen die Unterscheidung von ulcerirendem Gumma werden, da auch der primäre Schanker tiefe Defekte, steile Geschwürsränder darbieten kann. Von Werth ist hier der Nachweis eines peripheren, weit ausgedehnten, entzündlichen Erythems, welches dem fast immer beschwerdelos verlaufenden Syphilom nicht eigen ist. Auch tuberkulöse Ulcerationen und der weiche Schanker müssen mit in den Bereich der Diagnose gezogen werden. Der Werth gleichzeitiger sekundärer Symptome liegt auf der Hand.

Von Belang ist die »posthume« Diagnose der Affektion bei solchen Sekundärsyphilitischen, welche nirgend an der Oberfläche ihres Körpers Spuren eines Schankers zeigen.

Den Mechanismus der Infektion anlangend ist sicher Diday's Voraussetzung von widernatürlicher Unzucht (Coitus ab ore) keine nothwendige: In jenen 13 Fällen handelte es sich um 7 Männer und 3 Greisinnen. Die häufigste Art und Weise der Übertragung ist durch das namentlich oft wiederholte Küssen mit Mundpapeln behafteter Individuen gegeben; es wird hierdurch der mit dem syphilitischen Virus beladene Speichel gegen den Isthmus geschleudert und kann in den Krypten der Mandeln haften bleiben. In einem Falle hatte sich eine Frau durch Saugen an der Trinkflasche eines syphilitischen Säuglings inficirt. **Fürbringer** (Jena).

---

13. **G. Leubuscher.** Physiologische und therapeutische Wirkungen des Convallamarin.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 6. p. 581.)

L. stellte mit einem von Trommsdorf bezogenen Convallamarin physiologische Versuche an Thieren und Menschen an. An Fröschen trat nach Dosen von 0,5 mg systolischer Herzstillstand ein, während an Warmblütern der Tod zwar auch vom Herzen aus erfolgte, aber niemals bei systolischem Stillstand. Bekanntlich ist dies für alle Mittel der Digitalisgruppe die Regel. Die tödliche Dosis betrug für

Katzen 8 mg, für Kaninchen 7,5 und für Meerschweinchen 4 mg. Die dem Tode vorausgehenden Erscheinungen waren Unruhe, Zittern der hinteren Extremitäten, Krämpfe. Der Puls wurde stets verlangsamt, der Blutdruck nicht erhöht. Die Erregbarkeit der Nn. vagi wurde zuerst gesteigert, dann aufgehoben. An gesunden und kranken Menschen konnte nach Subkutaninjektion von Dosen von 1—10 mg eine Änderung in der Beschaffenheit des Pulses nicht konstatirt werden. Nach Injektion von 20 mg bei einem an Mitralinsufficienz leidenden mit hochgradiger Herzschwäche daniederliegenden Kranken trat zwar eine geringe Verminderung der Pulsfrequenz, zugleich aber auch ein Absinken des (mit dem Sphygmomanometer von Basch gemessenen) Blutdruckes von 100 auf 85 mm Hg ein. Innerlich wurde das Mittel bei Gesunden und Kranken längere Zeit hindurch verabreicht. Bei Gesunden konnte nach Dosen von 5 mg 3 bis 5mal täglich verabfolgt eine Einwirkung nicht konstatirt werden, eben so wenig bei Pat. mit Krankheiten des Herzens, der Lunge, der Nieren etc. Die Dosen, bis zu denen gestiegen wurde, betrugen zuletzt 50—60 mg stündlich. Die Darreichung geschah in fast allen Fällen 8—14 Tage lang. Bei keinem Pat. wurde eine Steigerung der Diurese und ein Sinken der Ödeme beobachtet; bei keinem wurde die bis dahin unregelmäßige Pulsfrequenz regelmäßig; bei keinem nahm der Blutdruck zu oder wurde eine nur irgend wie nennenswerthe Besserung des Zustandes erzielt, wohl aber stets später durch Digitalisgebrauch. L. meint in Folge dessen, die therapeutischen Wirkungen des Convallamarin seien gleich Null; es nütze nie, sondern schade höchstens.

Ref. kann sich dieser Ansicht nicht anschließen. Das Convallamarin wird wie das Helleboreïn vom Oganismus unendlich viel schneller ausgeschieden als die wirksamen Bestandtheile der Digitalis, ist aber qualitativ in der Wirkung der Digitalis gleich und wirkt trotz L. auf den Blutdruck erhöhend. **Kobert** (Straßburg i/E.).

---

14. **W. Filehne.** Über das Antipyrin, ein neues Antipyreticum.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VII. Hft. 6. p. 641.)

Ludwig Knorr, Assistent des chemischen Laboratoriums der Universität Erlangen hat einen in Wasser leicht löslichen, krystallisirbaren Körper, wahrscheinlich ein Chinolinderivat, entdeckt, welcher von F. als fieberwidrig wirkend erkannt und daher Antipyrin benannt wurde. Dies neue Chininsurrogat ist noch nicht im Handel, wie denn auch seine Konstitution vorläufig noch unbekannt ist; es hat sich jedoch bei Versuchen an vielen fieberhaft erkrankten Menschen herausgestellt, dass 5—6 g desselben, Erwachsenen in 3 Dosen mit je einer Stunde Intervall gegeben, das Fieber prompt beseitigen, ohne Nebenwirkungen zu verursachen. Die Wirkung war bei den verschiedenen Kranken von verschiedener Dauer; meist 7—9 Stunden,

zuweilen erst 18, selbst 20 Stunden nach Beginn der Wirkung war die Temperatur wieder auf der ursprünglichen Höhe angelangt. Der Anstieg erfolgte stets ohne Fieberfrost. Auch der Abfall, meist ohne Schweiß, war ein allmählicher: 1 Stunde nach der ersten Dose, die am besten jedes Mal gleich zu 2,0—2,5 zu nehmen ist, noch geringfügig, war der Abfall nach $1^1/_2$—2 Stunden stark ausgesprochen und erreichte 3—5 Stunden nach Beginn der Medikation sein Maximum. Bei Kindern genügte die Hälfte bis zu $^2/_3$ der angegebenen Dosen. Auch Phthisiker und sehr abgemagerte Personen werden zweckmäßig mit etwas kleineren Gaben zu behandeln sein. Die Pulsfrequenz ging der Temperaturerniedrigung entsprechend herunter. Der Urin blieb eiweißfrei und ohne Farbenveränderung.

Das Mittel wird am besten in wässriger Lösung ohne Korrigens gegeben.

Pharmakologische Versuche an Thieren scheint F. auffallenderweise nicht gemacht zu haben. **Kobert** (Straßburg i/E.).

---

15. **Guttmann.** Über die Wirkung des Antipyrin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 20.)

Die Wirkung des von Knorr in Erlangen synthetisch dargestellten Alkaloids: Antipyrin (ein Chinolinderivat) wurde von G. in 57 Versuchen an 27 hoch fiebernden Kranken geprüft und gefunden, dass dieses Mittel in der Menge von 4—6 g, die man am besten in 2 resp. 3 Dosen von je 2 g in stündlicher Aufeinanderfolge nehmen lässt, eine sichere und meist starke antifebrile Wirkung von mindestens 5 Stunden langer, häufig viel längerer Dauer entfaltete. Die Temperatur sinkt kontinuirlich und allmählich, die Größe dieser Erniedrigung, die nach 3—4 Stunden erreicht ist, beträgt $1^1/_2$—2—3° C. Die Dauer dieser antifebrilen Wirkung variirte in den verschiedenen Versuchen erheblich, mindestens betrug sie 5—6 Stunden, oft aber 12, selbst 18 Stunden. Gleichzeitig mit dem Sinken der Temperatur erfolgte auch ein Sinken der Pulsfrequenz, bei starkem Temperaturabfall trat öfters auch stärkerer Schweiß auf. Unangenehme Nebenwirkungen hatte das Antipyrin nicht; nur in einzelnen Fällen wurde Erbrechen beobachtet. Das allmähliche Wiederansteigen der Temperatur trat stets ohne Frost ein, was als ein besonderer Vorzug vor dem Kairin anzusehen ist. **Seifert** (Würzburg).

---

16. **Dujardin-Beaumetz.** Sur l'hamamelis virginica et sur ses propriétés thérapeutiques.

(Bull. gén. de thérap. 1884. 5. Livr.)

Aufschlüsse über das Hamamelisextrakt, das die englische und amerikanische Industrie in Beschlag genommen und gegen verschiedenste Krankheiten, insonderheit gegen Hämorrhoiden und Blutver-

luste als Ex- und Internum empfiehlt. Es handelt sich um einen Auszug der sehr tanninreichen nussartigen Früchte, der Blätter und Rinde eines besonders in den Vereinigten Staaten einheimischen, unter dem Namen »witch-hazel« gehenden Strauches mit Wasser unter Zusatz von etwas Alkohol und Glycerin. Nach Massir vermag der Arzneikörper vermittels seiner eminenten gefäßkontrahirenden Wirkung Varicen auf das günstigste zu beeinflussen. Verf. vermochte wohl einige Vortheile vom inneren Gebrauche des Extrakts (2stündlich 10 Tropfen) gegen Hämorrhoiden wahrzunehmen, indess einen hervorragenden gefäßkontrahirenden Einfluss nicht zu konstatiren und behält sich weitere Prüfungen mit dem Mittel vor.

Fürbringer (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

17. **P. Conti.** Considerazioni sopra un caso di esoftalmia cachectica.
(Gaz. d. osp. 1884. No. 26 u. 27.)

18. **O. Miliotti.** Su alcuni punti del morbo di Basedow.
(Ibid. No. 28.)

C. veröffentlicht einen bemerkenswerthen Fall von Morbus Basedowii. Ein 50jähriger, stets gesunder, robuster Kavalleriehauptmann zog sich 1879 eine Intermittens zu, die trotz Chinin und Ortswechsel nur wenig und langsam wich. Es kam sehr bald zu progressiver Kräfteabnahme, insbesondere zu Bewegungsschwäche der Beine und Herzpalpitationen. Ende 1879 entwickelte sich beträchtliches Struma und Exophthalmus. Juni 1880 heirathete Pat. trotzdem, musste aber unmittelbar nach der Hochzeit das Bett hüten. Im August 1880 bot der Kranke folgendes Bild: gelbbraune Haut (color caffè e lutto), sehr starken Exophthalmus ohne das Gräfe'sche Symptom; 40 cm Halsumfang, Schlingbeschwerden; verdickte Zunge; unregelmäßige, beschleunigte (156 Schläge) Herzaktion, zuweilen schwaches diastolisches Geräusch an der Herzspitze; Vergrößerung der Leber und Milz; häufiges Erbrechen und Diarrhöen; mäßige diffuse Ödeme; Zittern in den oberen und unteren Extremitäten; häufig Delirien; Urin eiweißhaltig; Temperatur bis 38°, zuletzt gegen 39°. Die Kräfte verfielen immer mehr, die Diarrhöen und Delirien steigerten sich und am 21. August erfolgte der Tod. Sektion wurde nicht gestattet. In der längeren Besprechung dieses Falles kommt C. schließlich zu der Annahme, daß man in diesem Falle nicht bloß wie sonst bei Morb. Based. an eine Affektion des Cervicaltheiles des Sympathicus denken müsse, sondern dass hier auch andere Abschnitte des Sympathicus speciell die Bauchganglien betheiligt waren. So lassen sich mehrere sonst bei Morb. Based. ungewöhnliche Symptome wie: Lebervergrößerung und Ikterus, Erbrechen und Diarrhöe etc. ziemlich gut erklären.

M. weist in einer vorläufigen Mittheilung darauf hin, dass in vielen Fällen eines unvollständigen Morb. Based. sich doch bei genauer Untersuchung gewisse Veränderungen am Hals und an den Augen auffinden lassen.

So kann Struma in keiner Weise sichtbar sein und doch die Palpation eine gewisse Vergrößerung der Schilddrüsen ergeben. Statt des Exophthalmus kann nur ein stärkerer Glanz der Cornea oder stärkere Spannung des Bulbus oder eine größere Lidöffnung mit erschwertem oder zitterndem Lidschluss oder geringe einseitige Facialisparese vorhanden sein; auch ein eigenthümliches Zittern der Hände kann vorkommen.

Kayser (Breslau).

19. **Reynier et Gellé.** Remarques à propos de deux observations de pustule maligne dans lesquelles la mort est survenue avec des accidents tétaniques.

(Arch. génér. de méd. 1884. Mai.)

Zwei Arbeiter aus einer Fabrik, in der Büffelhorn verarbeitet wird, erkrankten an Milzbrand und beide gingen unter den Erscheinungen des Trismus und Tetanus zu Grunde, die sich bei dem Einen am 14. Tage, bei dem Anderen am 12. Tage nach der Infektion einstellten. Der Ort der Infektion war beim ersten Fall die Haut unter dem rechten Unterkieferwinkel, bei dem zweiten Fall der rechte Mundwinkel.

Auffallend war in diesen Fällen, dass die Körpertemperatur sich nicht erhöhte, ja in dem einen Fall abnorm niedrig war, auch während der tetanischen Erscheinungen.

In dem ersten Fall, der rasch letal verlief, fanden sich die Milzbrandbacillen in großer Anzahl in der Milz, in der Lunge, in den Magendrüsen, im submukösen Gewebe des Magens, während sich im Blut aus dem Herzen keine Bacillen fanden. In dem zweiten Fall, bei dem der Verlauf der Krankheit sich länger hinzog, waren die Bacillen nur in geringer Menge in der Leber nachweisbar. Von Interesse ist der Befund an den Kaumuskeln, die die von Zucker beschriebene wachsartige Degeneration erkennen ließen.

Als Nachtrag wird noch die Krankengeschichte eines dritten Falles gebracht, eines Arbeiters aus der gleichen Fabrik, bei dem man in dem Serum der Pustel große Mengen der charakteristischen Bacillen nachweisen und durch eine gründliche mehrfach wiederholte Kauterisation der Pustel und ihrer Umgebung verbunden mit subkutanen Injektionen von 1%iger Karbollösung in die ödematöse Haut völlige Heilung erzielen konnte. **Seifert** (Würzburg).

20. **Pioch.** Sur le traitement de la variole par le badigeonnage avec la teinture d'iode glycérinée.

(Lyon méd. T. XLV. No. 5.)

Eine weitere Begründung der vom Verf. bereits vor einigen Jahren in derselben Zeitschrift (T. XXV) gegebenen im Titel charakterisirten Empfehlung durch drei neue Krankengeschichten. Dieselben betreffen desolate, bereits aufgegebene Fälle, welche P. durch täglich mehrmals wiederholte Anstriche mit einer aus Jodtinktur (30,0), Jodkalium (0,25) und Glycerin (60,0) bestehenden Lösung gerettet zu haben glaubt. Es soll sich um eine Zerstörung der Krankheitskeime durch lokale und allgemeine, resorptive Wirkung handeln. Der Harn wurde auf Jodgehalt nicht untersucht. Die neue Methode ist bequem und schmerzlos; ihre Dauer erstreckt sich etwa vom 6. bis zum 12. Tage der Krankheit.

Fürbringer (Jena).

21. **Lipburger** (Innsbruck). Ein Beitrag zur Behandlung peripherer Neuralgien mit Überosmiumsäure.

(Centralblatt f. d. gesammte Therapie 1884. Hft. 3.)

Einer 49jährigen Frau war wegen Trigeminusneuralgie mit sehr heftigen Schmerzanfällen erst der N. subraorbitalis d., dann der N. infraorbitalis und weiterhin der N. mandibularis (dieser 2mal) resecirt worden, ohne dass Pat. auf die Dauer von Recidiven verschont geblieben wäre. Erst als eine Reihe von subkutanen Injektionen 1%iger Überosmiumsäure ($^1/_3$—$^1/_2$ Spritze voll) gemacht waren, blieben die Schmerzanfälle aus. Allgemeine toxische Erscheinungen wurden hierbei nicht beobachtet, das einzige üble Ereignis war die Gangrän eines ziemlich großen Hautstückes über dem rechten Stirnhöcker, das Gangränöse stieß sich sehr spät ab und der Defekt begann nur langsam zu vernarben. Außerdem stellte sich bald in der Umgebung der Injektionsstellen Ödem ein, mit dem sich gewöhnlich eine blassgrünliche Verfärbung der Haut verband. Die Sensibilität wurde durch solche Injektionen nur ganz wenig herabgesetzt. **Seifert** (Würzburg).

22. Cornwell. On the alterations in the size of the pupils in the insane.

(Med. record 1884. April 12.)

Verf. hat 250 Geisteskranke mit Bezug auf Pupillenveränderungen untersucht und fand eine solche in 90 (= 36%) Fällen. Von diesen bestand in 70 (= 77%) Fällen Pupillenverengerung, in 20 (= 23%) Fällen Erweiterung der Pupillen; die Verengerung fand sich in 48 Fällen nur auf einem Auge, die Erweiterung dagegen war nur zweimal auf das eine Auge beschränkt. Bei allgemeiner Paralyse wurde Pupillendifferenz unter 39 Fällen 16mal beobachtet. Reflektorische Iridoplegie fand sich in 13 Fällen derselben Erkrankung.

Unter 48 Fällen akuter Manie sah Verf. 24mal Pupillenverengerung, 13mal einseitig; unter 67 Fällen chronischer Manie 5mal Pupillenerweiterung, 1mal einseitig. In 4 Fällen akuter Melancholie einmal beiderseitige Pupillenerweiterung; in 20 Fällen chronischer Melancholie 3mal beiderseitige Pupillenerweiterung, 2mal Verengerung. Bei Idioten fand Verf. in 36% Erweiterung der Pupille.

Die Ergebnisse früherer Untersuchungen (Masse, Castiglioni etc.) differiren mit den oben mitgetheilten vielfach, so dass sich bestimmte Verhältnisse für den Zusammenhang der einzelnen Psychosen mit dem Zustande der Pupille noch nicht mit Sicherheit eruiren lassen. **M. Cohn** (Hamburg).

23. Buchner. Über Vergiftungen mit gifthaltigem Mehle.

(Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin etc. 1884. Hft. 3.)

1) Chronische Bleivergiftung durch bleihaltiges Mehl verursacht. Eine Reihe von Fällen chronischer Bleivergiftung im Dorfe Wallersdorf (Nieder-Baiern) führten schließlich zur Untersuchung des aus einer bestimmten Mühle bezogenen Mehles, welche ergab, dass in dem Mehle Blei als Bleiweiß enthalten war und zwar enthielt 1 Pfund Mehl nahezu $^1/_2$ g Bleiweiß, eine Menge, welche das Auftreten einer chronischen Bleivergiftung bei fortgesetztem Genusse eines aus derartigem Mehle bereiteten Brotes wohl erklärlich macht.

Auf sonderbarem Wege ist das Blei in das Mehl hineingelangt. Eine Reparatur am Mühlsteine war nicht mit der nöthigen Vorsicht ausgeführt worden, indem zu viel Blei angewendet wurde, dessen Überschuss beim Schmelzen herablief und dadurch mit dem zu mahlenden Getreide in Berührung kam.

2) Vergiftung von arsenhaltigem Reismehl. Ein Fall von Arsenikvergiftung mit tödlichem Ausgang. Das Gift fand sich in dem aus einer Apotheke bezogenen Reismehl in Mengen von 1,905% arseniger Säure. **M. Cohn** (Hamburg).

24. Hofmokl. Ein sehr reiches Rundzellensarkom bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 5 u. 6.)

Die von der linken Pleura ausgehende, sich sehr schnell entwickelnde Geschwulst imponirte anfänglich für einen Pyohämothorax. Nach voraufgegangener, wiederholter Punktion wurde die Rippenresektion in der Axillarlinie der 8. Rippe gemacht, wonach sich der ganze Pleuraraum mit einer der Konsistenz nach dem Blutgerinnsel ähnlichen derbweichen Masse ausgefüllt zeigte. Collaps, Tod.

Bei der Sektion erscheint der linke Pleuraraum durch Verdrängung des Herzens und des Mediastinums nach rechts hin erweitert, und der größte Theil erfüllt mit vielfach zerklüfteten, aus zahlreichen mandel- bis apfelgroßen Knollen bestehenden, mäßig derben, mit schwarzrothem Blutgerinnsel durchsetzten Aftermassen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor vorwiegend aus Rundzellen mit geringer homogener oder feinfaseriger Grundsubstanz bestand.

M. Cohn (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 30. **Sonnabend, den 26. Juli.** **1884.**

1. **Fr. Schultze.** 1) Über das Vorkommen gequollener Achsencylinder im Rückenmarke. 2) Über das Verhalten der Achsencylinder bei der multiplen Sklerose.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 9.)

Bei Untersuchung des Rückenmarks von 6 an parenchymatöser und interstitieller chronischer Nephritis Verstorbenen fand S. in 3 Fällen Achsencylinderquellungen (sog. hypertrophische Achsencylinder), besonders im Dorsaltheil und unteren Theil der Halsanschwellung, und zwar zumeist in der Peripherie der Seitenstränge. Eine Meningitis fehlte in den fraglichen Fällen vollständig; auch Ödeme und Hydrops schienen bei der Entstehung der Quellungserscheinungen keine Rolle zu spielen, da letztere in sogar außergewöhnlich starkem Maße auch bei einem Leukämischen sich

fanden, der keine Ödeme dargeboten hatte. Es scheint sich daher um eine auf der veränderten Blutbeschaffenheit im Allgemeinen beruhende Ernährungsstörung der Achsencylinder zu handeln.

In einem Falle von multipler Sklerose des Rückenmarks (ausgebreiteter, unregelmäßig vertheilter chronischer Myelitis) fand S. die Pyramidenbahnen des Halstheiles nebst dem größten Theil der Vorder- und Seitenstränge alterirt, eben so fast das ganze Hinterstranggebiet im unteren Halstheil; dennoch aber nicht die geringste sekundäre Degeneration in den Seitensträngen des Dorsaltheils, resp. den Hintersträngen des obersten Cervicaltheils. Bekanntlich bildet das Ausbleiben sekundärer, auf- und absteigender Degeneration bei multipler Sklerose die Regel, und es fragt sich, wie dies scheinbar anomale Verhalten zu erklären. Schon Charcot hat hervorgehoben, dass in der centralen Region sklerotischer Herde die Achsencylinder in gewisser Anzahl persistiren; S. gelang es, den Nachweis davon mittels der Freud'schen Goldchloridmethode in überraschender Weise zu führen. Auf so behandelten Querschnitten erschienen zahlreiche Achsencylinder innerhalb des destruirten Gewebes; dieselben waren völlig ohne Nervenmark und zum Theil etwas gequollen. Es scheint demnach das Ausbleiben der sekundären Degeneration darauf zu beruhen, dass eine solche selbst durch völligen Verlust der Markscheide in einer umschriebenen Höhenausdehnung nicht bedingt wird, sondern eine erhebliche Alteration des Achsencylinders zu ihrem Zustandekommen erfordert.

A. Eulenburg (Berlin).

2. **Fr. Schultze.** Einige Bemerkungen zu der Mittheilung von Bechterew und Rosenbach über die Bedeutung der Intervertebralganglien.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 12.)

S. polemisirt gegen die Versuche von Bechterew und Rosenbach (Neurologisches Centralblatt 1884 No. 10) [1], welche aus ihren Durchschneidungen der Cauda equina beim Hunde den Schluss gezogen hatten, dass die Ganglienzellen des Rückenmarks ihre trophischen Centren in den Intervertebralganglien haben. Dieser Schluss beruhte wesentlich auf den von Bechterew und Rosenbach angetroffenen degenerativen Veränderungen oberhalb der Läsion (Vacuolisirung der Ganglienzellen, selbst Vernichtung ganzer Zellengruppen im Gebiete der Lendenanschwellung). Nach S. ist der Beweis nicht erbracht, dass diese Veränderungen nicht durch das eingreifende Trauma direkt hervorgebracht worden seien; die Versuche von Bechterew und Rosenbach lassen nach ihm »die alte Thatsache, dass die Ganglienzellen der grauen Substanz, wenigstens diejenigen der Vorderhörner trophisch von den Intervertebralganglien unabhängig sind, durchaus bestehen«.

A. Eulenburg (Berlin).

[1] Cf. No. 28 d. Centralblattes.

3. **F. W. Zahn** (Genf). Untersuchungen über das Vorkommen von Fäulniskeimen im Blut gesunder Thiere.

(Virchow's Archiv Bd. XCV.)

Die Resultate dieser Untersuchungen sind:

»Das Blut vollkommen gesunder Thiere enthält keine Fäulniskeime. Dasselbe verhält sich unter vollständigem Luftabschluss und bei Körperwärme aufbewahrt ganz eben so, wie im Organismus nach seinem Austritt in die Gewebe oder Körperhöhlen ohne Luftzutritt. Seine morphologischen Elemente verfallen stets, wenn auch nur langsam, einer regressiven Metamorphose; die Anwesenheit von Sauerstoff ändert daran nichts. Fäulniserscheinungen traten in demselben nur nach Zutritt nicht desinficirter Luft auf.« **F. Röhmann** (Breslau).

---

4. **Igacushi Moritz i Miura** (aus Japan). Die Wirkung des Phosphors auf den Fötus. (Aus dem pathologischen Institut zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. XCVI. p. 54.)

Durch Versuche an trächtigen Kaninchen und Meerschweinchen suchte M. unter Virchow's Leitung die Frage zu entscheiden, ob der dem Mutterthier gegebene Phosphor auf den Fötus übergeht und in den Organen desselben sichtbare anatomische Veränderungen hervorbringt. Er fand 30—40 Stunden nach der Vergiftung beim Mutterthier fettige Degeneration der Leber, eben so beim Fötus, nur nicht so weit fortgeschritten. Wesshalb bei beiden gerade die Leber am stärksten afficirt wird, erklärt M. dadurch, dass die Leber dasjenige Organ ist, welches dem schädlichen Einfluss des Giftes zuerst und am meisten ausgesetzt ist. Dem Mutterthier wird die ganze Giftmasse durch die Pfortader, dem Fötus durch die Nabelvene zugeführt. Es fand sich ferner beim Fötus dieselbe Gastroadenitis wie beim Mutterthier. Sonach ist die Frage, ob der Phosphor, welcher vom Mutterthier aufgenommen wird, durch die Placenta in den Fötus übergeht, mit »Ja« zu beantworten. **F. Röhmann** (Breslau).

---

5. **Schuster** (Aachen). Neue Aufschlüsse über die Ausscheidung des Quecksilbers.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1884. p. 274.)

S. theilt folgendes Verfahren mit, welches der Chemiker Dr. Schridde zum Nachweis des Quecksilbers im Harn anwendete: »In den mit Salzsäure angesäuerten Harn wird Schwefelwasserstoff eingeleitet; die Flüssigkeit 24 Stunden stehen gelassen. Das Sediment, das jedenfalls Schwefelquecksilber, aber auch Harnsäure, Schleim etc. enthält, wird abfiltrirt, das Filter mitsammt dem Inhalt durch Königswasser zersetzt. Das Filter wird mit dem Königswasser so lange zur Trockne verdampft, bis keine Salpetersäure mehr vor-

handen ist. Nun wird der Rückstand in etwa 10 g Wasser gelöst, und jetzt in schwach saurer Flüssigkeit in gewohnter Weise nach Fürbringer verfahren. Durch dieses Verfahren wurden 0,2 mg Quecksilber in 1 Liter Harn nachgewiesen. (Nach der Methode von A. Mayer kann man nach 0,1 mg $HgCl_2$ in 1 Liter Harn nachweisen, vgl. Victor Lehmann, Experimentelle Untersuchungen über die besten Methoden Blei, Silber und Quecksilber bei Vergiftungen im thierischen Körper nachzuweisen. Zeitschrift f. physiol. Chemie Bd. VI. Hft 1. — Anm. d. Ref.) Mittels dieser Methode wurde in den auf Veranlassung S.'s angestellten Untersuchungen das Quecksilber im Harn bei Inunktionskuren auch da gefunden, wo die gewöhnliche Fürbringer'sche Methode im Stiche ließ. S. nimmt desshalb an, dass das Quecksilber durch den Harn in regelmäßiger Weise ausgeschieden wird, gerade so wie durch die Fäces, und dass nach gewöhnlichen Quecksilberkuren die Ausscheidung des Quecksilbers nach etwa 6 Monaten beendet ist. **F. Röhmann** (Breslau).

---

6. **Nega.** Über den Quecksilbernachweis im Harn bei Anwendung verschiedener Präparate nach einer modificirten Ludwig-Fürbringer'schen Methode.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 19.)

Die von Fürbringer an Stelle des Ludwig'schen Zinkstaubes eingeführte Lametta kann von etwaigem Quecksilbergehalt dadurch befreit werden, dass sie in kleinen Quantitäten in schwer schmelzbarem Glase im Wasserstoffstrom energisch erhitzt wird. In welcher Weise die Quecksilberdämpfe des im Harn befindlichen Quecksilbers sublimiren, muss im Original nachgesehen werden. Von größter Wichtigkeit ist bei dem Quecksilbernachweis, nur geringste Mengen Jod in die Nähe des muthmaßlichen Quecksilberbeschlages zu bringen, um nicht bei Überschuss von Jod bei dem Versuche, denselben wegzuschaffen, mit dem Jod auch das Quecksilber zu verflüchtigen. Zu diesem Zwecke giebt N. auf den Boden eines Becherglases, welches mit einem mehrfach durchbohrten Pappdeckel zugedeckt wurde, einige Körnchen Jod, steckt durch die Löcher Kapillarröhren und lässt das Ganze bis zum nächsten Tage stehen. Auf diese Weise gelingt es leicht, die erwünschte minimale Menge Jods einzuführen und bei Zimmertemperatur oder gelindem Erwärmen das Quecksilberjodid zum Vorschein zu bringen. **Seifert** (Würzburg).

---

7. **J. C. Brown** and **E. Davis.** On the yellow pigment found in the intestines in cases of arsenical poisoning.

(Med. times 1884. März 8.)

Nach Arsenikvergiftung bildet sich in dem Magen-Darmkanal der Leichen, wenn sie längere Zeit in der Erde gelegen haben, ein gelbes Pigment, das man bisher für Schwefelarsen gehalten hat. Verff. haben

gefunden, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass das Pigment ein organisches ist und wahrscheinlich in naher Beziehung zum Gallenfarbstoff steht; doch ist es nicht etwa identisch mit Bilirubin; vielleicht stellt es ein Gemenge von mehreren Gallenderivaten dar.

Küssner (Halle a/S.).

---

8. A. Ritter. Über die Resorptionsfähigkeit der normalen menschlichen Haut.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 2. p. 143—158.)

Im Wesentlichen eine Nacharbeit zu den Untersuchungen Fleischer's über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut (Erlangen 1877) unter Verwerthung zum Theil sinnreicher im Original einzusehender Vorrichtungen.

Applikation von Salicylsäuresalben liefert zwar einen die Säure enthaltenden Harn, allein nur aus Anlass der durch das Medikament bedingten Kontinuitätstrennungen der Haut; denn wurde gleichzeitig mit dem Präparat eine Jodkaliumsalbe eingerieben, welche bei unverletzter Haut niemals resorbirt wird, so gab der Harn Jodreaktion. Verf. macht auf diese in therapeutischer Hinsicht bemerkenswerthe Eigenschaft der Salicylsäure, sich in koncentrirterem Zustande in die Oberhaut hineinzufressen, bezw. auf ihre tieferen Schichten antibakteriell zu wirken, aufmerksam. Salicylsaures Natron erwies sich als von der normalen Haut nicht resorptionsfähig, eben so wenig Jodtinktur, welche letztere nur auf dem Wege einer Dermatitis eine geringe für die Praxis belanglose Menge Jods in den Harn liefert. Bemerkenswerth ist, dass eine Diffusion von Jodgasen durch die Haut trotz relativ hoher Spannung einige Male ausgeschlossen werden konnte und eben so wenig eine Resorption fein zerstäubter Flüssigkeiten (Jk, Na salicyl.) stattfand.

Die Experimentaluntersuchung über die Resorption von grauer Quecksilbersalbe durch die Haut (eine vom Ref. vor 4 Jahren in positivem Sinne entschiedene Frage) ist verunglückt, schon desshalb, weil die angewandte Methode des Nachweises von Quecksilber (Behandlung des Eindampfrückstandes des Harns mit HCl und $KClO_3$, Thierkohle, H_2S, des Niederschlags mit Zinnchlorür) für die vorliegende Frage als eine insufficiente bezeichnet werden muss. Lassen ja doch die gangbaren elektrolytischen Methoden noch an Genauigkeit zu wünschen übrig! Wenn Verf. vollends behauptet, dass ein Gemisch von 10 g grauer Salbe mit $^1/_2$ Pfund Schweiß, das im Brütofen 3 Wochen (!) gestanden, kein lösliches Quecksilber enthalten habe und eben so wenig das Abschabsel von einer mit grauer Salbe traktirten schwitzenden Hautstelle, so muss, ganz abgesehen von den Nachweisen Neumann's und des Ref. der Überführung der in die Talgdrüsengänge gelangten Quecksilberkügelchen in eine lösliche resorptionsfähige Verbindung, bemerkt werden, dass G. Lewald bereits im Jahre 1857 die Löslichwerdung des regulinischen Quecksilbers

beim Kontakt mit Schweißbestandtheilen ohne Schütteln auf das Bestimmteste dargethan.

Das Resumé »die normale Haut ist nicht resorptionsfähig« bedarf also in seiner exklusiven Fassung dringend der Amendation.

Fürbringer (Jena).

---

9. M. Kaufmann. Effets physiologiques de la digitaline amorphe.

(Revue de méd. 1884. No. 5.)

Obwohl Verf. die Litteratur über die Digitalisfrage gar nicht kennt (Schmiedeberg's Arbeiten existiren für ihn nicht) und obwohl er ein die verschiedensten Substanzen enthaltendes unreines Handelspräparat, das Digitalinum amorphum, angewandt hat, ist seine Arbeit doch in vielen Beziehungen lesenswerth.

Bekanntlich machen die Subkutaninjektionen unreinen Digitalins starke Lokalerscheinungen. Bei den Einhufern sah K. fast immer eine Phlegmone entstehen, aus welcher allmählich ein Abscess oder eine Schwiele hervorging. Die Entzündungserscheinungen waren beim Esel viel intensiver als beim Pferde. Beim Hunde ging die Phlegmone fast nie in einen Abscess aus. Beim Hammel riefen selbst stark verdünnte Lösungen (0,2 %ige) eine wirkliche Hautgangrän mit beträchtlicher Infiltration des subkutanen Bindegewebes hervor. Beim Kaninchen waren die Reaktionserscheinungen stets verschwindend gering.

Bei passender Applikationsweise ruft das amorphe Digitalin in kleiner Dose stets eine starke Pulsverlangsamung und Blutdrucksteigerung hervor (0,5—1 mg beim Hund, 3 mg beim Esel und 5 mg beim Pferd). Die Blutdrucksteigerung kann weder durch Vagusdiscission noch durch Vaguslähmung zum Verschwinden gebracht werden und hat ihren Grund (ganz abgesehen von der Beeinflussung des Herzens) in einer Kontraktion der peripheren Gefäße. Diese Gefäßkontraktion scheint centrale und periphere Ursachen zu haben, denn auch nach Halsmarkdurchschneidung ist sie noch auffallend stark. Die Pulsverlangsamung kommt zu Stande durch centrale und periphere Vagusreizung. Die Beeinflussung des Herzmuskels, welche für die Digitalinwirkung so charakteristisch ist, vermochte K. nicht nachzuweisen, da ihm der Williams'sche Apparat unbekannt ist.

Die Temperatur sinkt bei der Digitalisvergiftung. Diurese tritt bei gesunden Thieren und Menschen nicht auf, wohl aber bei solchen mit Stauungserscheinungen. Die Harnstoffmenge des Harns scheint auch bei gesunden Thieren nach Digitalineinfuhr zuzunehmen.

Der Arbeit sind viele instruktive Kurven beigegeben.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

10. C. Golgi ed A. Monti. Intorno ad una questione elmintologica.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 128.)

Zwei in den letzten Jahren als menschliche Parasiten aufgefundene Nematoden, nämlich: Anguillula intestinalis und Anguillula stercoralis wurden von einigen Autoren nur als 2 Entwicklungsformen desselben Wurmes angesehen. Die Verff. hatten in 2 Fällen mit Sektionen Gelegenheit, diese Parasiten zu studiren. Sie weisen nach, dass in der That beide Würmer nur verschiedene Entwicklungsformen sind, nämlich die Ang. stercoralis die freie geschlechtsreife Form der Ang. intestinalis. Denn sie haben bei denselben Personen, bei welchen sich in den Fäces Ang. stercor. vorfand, im Darminhalt nur Ang. intest. aufgefunden. Brachten sie diese Ang. intest. in Fäces von 20—22° C., so beobachteten sie direkt die Umwandlung derselben in Ang. stercor. Die Verff. fanden die Ang. intest. außer im Dünndarm auch im Magen, im ersteren häufig mit der Hälfte des Körpers in den Lieberkühn'schen Drüsen feststeckend. Die pathologische Bedeutung des Ang. intest. ist noch zweifelhaft, Farrenkrautextrakt erwies sich gegen sie als völlig wirkungslos.

Kayser (Breslau).

---

11. O. Berger. Paralysis glosso-labio pharyngea cerebralis (Pseudobulbärparalyse).

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 3, 5, 7, 8.)

B. stellt 4 von ihm beobachtete Fälle von Pseudobulbärparalyse zusammen, von denen der erste bereits in einer Dissertation publicirt ist. In allen Fällen handelt es sich um ältere Personen von 47 bis 75 Jahren, bei welchen durch einen apoplektiformen Anfall Lähmung des Sprach- und Schlingvermögens mit Salivation eintritt. Meist kommen auch entweder sogleich oder nach kurzer Zeit Lähmungserscheinungen der Extremitäten hinzu. Trotz jahrelangen Bestehens des Leidens kommt es zu keiner Atrophie der gelähmten Muskeln, die elektrische und reflektorische Erregbarkeit ist normal und die Sektion, welche bei 3 Fällen gemacht wurde — der 4. Fall ist noch am Leben — ergab Intaktheit der Bulbärkerne, dagegen doppelseitige Erweichungsherde in den Basalganglien resp. im Mark der Großhirnhemisphäre mit event. sekundärer Degeneration der Pyramidenbahnen.

Zur diagnostischen Unterscheidung von der wahren Bulbärparalyse sind für die cerebrale (Pseudo-) Bulbärparalyse folgende Merkmale wichtig: 1) der plötzliche apoplektische Beginn — in dem einen beobachteten Falle war bereits ein gewöhnlicher apoplektischer Anfall vor Jahren dagewesen. Bei den akuten (apoplektiformen) Bulbärparalysen ist das Krankheitsbild von vorn herein ein viel schwereres, weil Athmungs- und Cirkulationscentren betheiligt sind. 2) Die Unvollkommenheit und Asymmetrie der Lähmungen. Sie sind meist nur partiell und die eine Seite stärker betroffen als die andere. Übrigens

können auch, wie von anderen Autoren beobachtet, durch bloß einseitige Herde in der Großhirnhemisphäre in Folge unvollkommener Pyramidenkreuzung doppelseitige Lähmungserscheinungen verursacht sein. 3) Der Mangel der Atrophie, das Fehlen elektrischer und reflektorischer Erregbarkeitsanomalien von Seiten der gelähmten Muskeln. Bei dem vierten, noch lebenden, beobachteten Falle, bei welchem es sich gleichzeitig um eine Schrumpfniere handelt, sind temporäre Schwankungen in den Lähmungserscheinungen und der günstige Einfluss lokaler Faradisation bemerkenswerth. **Kayser** (Breslau).

---

12. **Mannkopf.** Ein Beitrag zur Lehre von der Lokalisation der Gehirnkrankheiten, von der sekundären Degeneration und dem Faserverlauf in den Centralorganen des Nervensystems.

(Zeitschrift für klin. Medicin. Jubelheft.)

Ein 14jähriges Mädchen mit Mitralinsufficienz erleidet einen apoplektischen Insult und stirbt nach 7monatlicher Beobachtung an Kompensationsstörung.

Der Insult hatte außer passageren Herderscheinungen (totale Hemiplegia sinistra mit Sensibilitätsverminderung, Dysarthrie) eine Reihe stationärer Herdsymptome gesetzt, bestehend in leichter Parese im linken unteren Facialis- und Hypoglossusgebiet, in einer stärkeren Parese und circumscripter leichter Herabsetzung der Sensibilität der linken oberen Extremität. Dazu gesellte sich nach mehreren Monaten leichte Parese im linken o b e r e n Facialisgebiet mit Sensibilitätsstörung der linken Stirn- und Halshälfte und Vertiefung der Sensibilitätsstörung an der linken oberen Extremität, so wie eine mäßige trophische Störung und Kontraktur. Zur Zeit des Todes bestanden also folgende Ausfallserscheinungen: kombinirte Monoparesis facio-linguo-brachialis mit Betheiligung des oberen Facialisgebietes, geringe Anästhesie der Stirn, des Halses und des Armes, an letzterem mäßige vasomotorische Störungen.

Bei der Sektion fand sich eine embolische Erweichungscyste, welche der vorderen und hinteren Centralwindung und der Übergangspartie der hinteren Centralwindung in das obere Scheitelläppchen angehörte, außerdem ergab die mikroskopische Untersuchung ein Übergreifen des sekundär entzündlichen Processes auf die der Cyste benachbarten Rinden- und Markpartien der vorderen Centralwindung und auf den Lobulus supramarginalis — d. h. es waren also zum allergrößten Theil die unteren zwei Drittel der hinteren Centralwindung und des entsprechenden Markgebietes, zu nur sehr kleinem Theil die vordere Centralwindung und beide Scheitelläppchen in ihrer Rinden- und bezüglichen Marksubstanz betroffen.

Außerdem fand sich eine sekundäre absteigende Degeneration der Pyramidenbahn, welche, entgegen den geläufigen Anschauungen,

wesentlich die äußere Hälfte der Capsula interna einnehmend, im oberen Theil derselben im hinteren Fünftel, etwas tiefer im hinteren Drittel gelegen, allmählich in das mittlere Drittel hereinrückend schließlich im unteren Abschnitt der inneren Kapsel die hintere größere Hälfte des mittleren Drittels occupirte. Die ungemein genaue makro- und mikroskopische Untersuchung der betreffenden Gehirnpartien und der Degeneration, deren Resultate Verf. unter eingehender Würdigung der einschlägigen Litteratur mittheilt, so wie die Erwägungen des Autors über den Verlauf der Pyramidenbahn in der inneren Kapsel entziehen sich dem Referat und müssen im Originale eingesehen werden. **Thomsen** (Berlin).

---

13. **Voltolini.** Über Tuberkulose des Gaumensegels und des Kehlkopfs.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 7 u. 8.)

V. hat 3 Fälle von Pharynxtuberkulose beobachtet, bei welchen immer zugleich mehr oder minder fortgeschrittene Zerstörungen in den Lungen oder im Kehlkopf vorhanden waren. In dem letzten der 3 Fälle handelte es sich um eine 53jährige Frau, deren Mann vor 11 Jahren gleichfalls an Phthise gestorben war, und bei welcher links zwischen Arcus glosso- und pharyngo-palatinus lentikuläre fressende Geschwüre auch auf die Uvula übergriffen und wie von Mäusen zernagt aussahen. In Bezug auf die differentielle Diagnose solcher Geschwüre insbesondere von syphilitischen, betont V. die hohe und entscheidende Bedeutung des Nachweises von Tuberkelbacillen im Sekret. (Auch von dem erwähnten Falle demonstrirte V. ganze »Nester« von Tuberkelbacillen, die aus dem direkt vom Geschwür genommenen Sekret stammten.) Dieselbe Bedeutung haben die Tuberkelbacillen auch bei Kehlkopfgeschwüren, wo V. mit einem kleinen Schwämmchen unter Leitung des Kehlkopfspiegels die Larynxgeschwüre direkt auswischt und das entfernte Sekret auf Bacillen untersucht. Übrigens bezweifelt V., dass die tuberkulösen Geschwüre des Larynx durch Selbstinfektion bei der Expektoration tuberkulösen Sputums entstünden. In diesem Falle müsste Larynxtuberkulose viel häufiger sein und dass in der That Theile des Sputum sehr leicht im Larynx haften bleiben können, glaubt V. durch Versuche an sich selbst bewiesen zu haben. V. trank Tinte und stellte durch laryngoskopische Untersuchung fest, dass noch nach 1 Stunde zwischen Zunge und Kehldeckel sowohl als auch am Kehlkopfeingang, d. h. an der Rückenfläche der Epiglottis, den Aryknorpeln und zwischen ihnen schwarze Partikelchen zu sehen waren.

Schließlich lässt sich V. noch des Weiteren über seinen Standpunkt zur Ätiologie der Tuberkulose aus. V. glaubt nicht, dass die Tuberkulose eine ansteckende, durch Bacillen verursachte Krankheit des Menschen sei (!), hauptsächlich desshalb, weil aus der klinisch-empirischen Beobachtung die Ansteckungsfähigkeit der Tuberkulose nicht

in unzweideutiger Weise hervorgehe. Allein dieser Widerspruch zwischen der experimentellen Pathologie und der ärztlichen Beobachtung, den übrigens Koch selbst anerkennt, kann bis jetzt doch nur in der Weise gelöst werden, dass es eben parasitäre (bacilläre) Krankheiten giebt, welche in Folge bestimmter Eigenschaften des betreffenden Pilzes in praxi nicht die Rolle der typisch ansteckenden Krankheiten spielen. Der Versuch V.'s, den Widerspruch durch die Annahme zu lösen, dass die Tuberkelbacillen nicht die Ursache der Tuberkulose sind, aber desshalb konstant in den tuberkulösen Produkten vorkommen, weil letztere der einzige für sie günstige Nährboden sind, ist mehr als bedenklich und durch die Koch'schen Experimente (s. Bd. II der Mittheilungen aus dem Reichsgesundheitsamt) widerlegt. Auch die von V. in vorliegender Arbeit vertretene Anschauung, dass z. B. Scharlach außer durch Ansteckung auch spontan entstehen könne, wird heut zu Tage wohl kaum noch Anhänger finden.

Kayser (Breslau).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

(Fortsetzung.)

14. **Schill** und **Fischer**. Über die Desinfektion des Auswurfs der Phthisiker.

(Bd. II. p. 131.)

Die betreffenden Untersuchungen wurden in der Weise angestellt, dass Theilchen von phthisischen Sputis, nachdem sie mit den verschiedenen Desinficientien behandelt worden waren, in die Bauchhöhle von Meerschweinchen gebracht wurden und deren weiteres Verhalten beobachtet wurde. Die Untersuchung erstreckte sich sowohl auf frische Sputa als auf getrocknete; bei der Auswahl derselben wurden, um recht sicher zu gehen, die sporenreichen bevorzugt. Es zeigte sich übrigens mehrfach, dass die Virulenz der getrockneten Sputa mit der Zeit wesentlich abnahm, dass sie nach ca. 100 Tagen nur noch bei einem Theil der Thiere Erkrankungen hervorriefen, nach ca. 200 Tagen ganz wirkungslos waren. Dagegen büßte frisches Sputum, wenn man es 6 Wochen faulen ließ, seine Virulenz nicht ein. Zur Kontrolle wurden übrigens auch jedes Mal Impfungen mit dem nicht behandelten Sputum angestellt.

Es stellte sich herans, dass wenn man trockene Hitze zu verwenden beabsichtigt, die betreffenden Gegenstände bei einer Temperatur von 100° mehrere Stunden derselben ausgesetzt werden müssen; bei strömendem Wasserdampf von 100° genügt für getrocknete Sputa 1 Stunde, für feuchte $^1/_4$ Stunde; es empfiehlt sich, diese Art der Desinfektion für Betten, Matratzen etc., doch wird man bei größeren Gegenständen natürlich den Zeitraum etwas länger als eine Stunde nehmen. Durch Kochen lassen sich frische Sputa innerhalb $^1/_2$ Stunde mit ziemlicher Sicherheit desinficiren. Sublimat vermochte selbst in der Koncentration von 1 : 500 nicht frischen Sputis

die Virulenz zu nehmen, während es auf alte besser einwirkte; seine Anwendung zur Desinfektion der phthisischen Sputa erscheint somit ausgeschlossen. Dagegen eignet sich dazu die 5%ige Karbolsäure, dem Sputum in gleicher Menge zugesetzt; sie vernichtet in 24 Stunden mit Sicherheit Bacillen und Sporen. Von (3,2%igem) Anilinwasser braucht man die zehnfache Menge des Sputums; diese Art der Desinfektion ist demnach theurer und wird schon desshalb nicht zu wählen sein, ganz abgesehen von den giftigen Eigenschaften des Anilins. Auch Alkohol, von dem man mehr als die fünffache Menge zusetzen muss, würde sich viel zu theuer stellen. Die übrigen untersuchten Substanzen (Kreosot, Thymol, arsenige Säure, Naphthalin, Jod, Brom, Jodoform, Salicylsäure, Terpentin, Essigsäure, Salmiak, Kochsalz, Natron und Kali) ergaben durchweg keine ausreichende Wirkung. **Strassmann** (Berlin).

---

15. **Stintzing.** Beitrag zur Anwendung des Arseniks bei chronischen Lungenleiden, insbesondere bei der Lungentuberkulose.

München 1883.

Die von S. auf der v. Ziemssen'schen Klinik mit der Arsenbehandlung bei Phthise angestellten Versuche haben zu folgenden Resultaten geführt:

Von 16 Fällen verliefen 2 letal. In einem dieser Fälle hatte das Arsen freilich erst 11 Tage, im anderen 3 Wochen angewendet werden können.

Bezüglich des Fiebers sah S. nur 4mal eine nicht einmal prägnante Herabsetzung der Temperatur, während sie in 8 Fällen vollständig unbeeinflusst blieb, einmal sogar durch das Mittel emporgetrieben zu werden schien. Bei 3 Kranken hatte überhaupt kein Fieber bestanden.

Auch eine Verminderung der Athembeschwerden, des Hustens und des Auswurfs wurde nur vereinzelte Male beobachtet.

Die Pulsfrequenz behauptete sich in 4 Fällen auf ihrer Höhe, stieg in 6 Fällen an, nahm in zweien ab.

Die von Buchner konstatirte Hebung des Ernährungszustandes trat nicht ein einziges Mal ein. Das Körpergewicht blieb sich nämlich gleich in 2, und sank in 9 Beobachtungen. Eine Zunahme des Körpergewichtes in 2 Fällen war nur scheinbar, da die Kranken stark hydropisch wurden.

Bezüglich des lokalen Processes in der Lunge ließ sich nie ein Rückschritt, aber 11mal ein deutlicher Fortschritt nachweisen.

Ähnlich verhielt es sich mit der Vitalkapacität, die in 12 Fällen wiederholentlich gemessen wurde. Vier von den Kranken besserten sich in dieser Beziehung ein wenig. Doch darf eine so geringe Zunahme des Exspirationsluft-Quantums nicht hoch angeschlagen wer-

den, weil Anfangs in Folge der Ungeschicklichkeit der Pat. meist abnorm niedrige Werthe erhalten werden. In 2 Fällen blieb die Kapacität die gleiche und in 6 Fällen sank sie nachweisbar.

Die Untersuchungen auf Bacillen ergaben gleichbleibenden Befund in 7, eine Zunahme in 3 Fällen. Nur in einem einzigen Falle verschwanden die Bacillen, nachdem schon mehrere Wochen kein Arsen mehr gegeben worden war. **Unverricht** (Breslau).

---

16. Riegel. Über die therapeutische Verwendung der Kaffeïnpräparate.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 19.)

Als Resultat der Versuche, die mit den Kaffeïnpräparaten an Gesunden angestellt wurden, ergab sich 1) eine mäßige, wenn auch niemals beträchtliche Verlangsamung der Herzaktion, 2) eine Größenzunahme der einzelnen Pulswellen und 3) eine Spannungszunahme des Pulses. Zu den Versuchen (an Gesunden wie an Kranken) wurden größtentheils die Kaffeïndoppelsalze benutzt und zwar das C. natrobenzoicum, das C. natro-salicylicum, das C. natro-cinnamylicum, zum kleineren Theile das C. citricum und das C. hydrobromicum crystallisatum.

In pathologischen Fällen kamen die Kaffeïnpräparate da zur Anwendung, wo nach allen bisherigen Erfahrungen die Digitalis indicirt erschien, vor Allem also bei Herzfehlern im Stadium der gestörten Kompensation und zwar oft abwechselnd mit Digitalis, um aus dem Vergleiche der Wirkung beider Mittel deren Werth und eventuelle Differenzen beurtheilen zu können. Außerdem wurde das Kaffeïn auch bei Myokarditis, Fettherz, Nephritis mit beträchtlicher Verminderung der Urinausscheidung und in 1 Falle von Pleuritis mit bedeutender Verminderung der Diurese und stark erniedrigtem arteriellen Drucke angewendet.

Es ergab sich aus diesen Beobachtungen, dass das Kaffeïn als herzregulirendes Mittel im Sinne der Digitaliswirkung zu bezeichnen ist, dass das Kaffeïn in geeigneter Dosis und entsprechender Form angewendet, die Herzkraft vermehrt, die Herzaktion verlangsamt und den arteriellen Blutdruck erhöht. Es empfiehlt sich mit kleineren Dosen zu beginnen, eventuell rasch zu steigen und die Tagesdosis nicht auf einmal, sondern in getheilter Gabe zu reichen. Ferner bewirkt das Kaffeïn sehr rasch eine beträchtliche Vermehrung der Urinausscheidung. Von der Digitalis unterscheidet sich das Kaffeïn besonders dadurch, dass es viel rascher als jene wirkt und dass es keine kumulirende Wirkung besitzt.

Vielfach wird von Pat., die Digitalis in keiner Form vertragen, das Kaffeïn, zumal in der Form der Doppelsalze, sehr gut vertragen und nicht selten war das Kaffeïn in Fällen, in denen die Digitalis wirkungslos war, noch von Erfolg gekrönt.

Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt R. das Kaffeïn als ein Mittel bezeichnen zu dürfen, das verdient, als ebenbürtig der Digitalis an die Seite gestellt zu werden. **Seifert** (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

17. **J. S. Bristowe.** Remarks on unrecognised or masked cerebral tuberculosis.

(Brit. med. journ. 1884. II. p. 802.)

Es werden 5 post mortem untersuchte Fälle von tuberkulöser Meningitis mitgetheilt, die im Leben keine oder doch erst sehr spät Symptome gezeigt hatten, welche auf Meningitis hinwiesen. Daraus wird gefolgert, dass die Tuberkulose der Pia wahrscheinlich, so lange nicht stärkere Entzündung hinzutritt, symptomlos bestehen kann, ja Verf. hat den Eindruck nach einigen beobachteten Fällen, als könne die Meningitis tuberculosa gelegentlich auch ausheilen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

18. **Henry S. Gabbett.** The diagnostic value of the discovery of Koch's bacilli in sputum.

(Brit. med. journ. 1884. II. p. 805.)

Sputumuntersuchung in 110 Fällen von Brustkrankheit. In allen Formen der Phthise wurden die Bacillen gefunden, bei anderen Brustkrankheiten nicht. Wenige Bacillen im Sputum beweisen nichts für die Schwere des Falles, viele Bacillen weisen auf Kavernen hin. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

19. **Samuel West.** A contribution to the pathology of pneumothorax.

(Lancet 1884. I. p. 792.)

Analyse von 101 Fällen von Pneumothorax. Durch Phthisis pulmonum waren 99 von diesen bedingt. Etwa 5% aller Todesfälle durch Phthise werden durch Pneumothorax erzeugt, wie die Statistik des »City of London Hospital for diseases of the Chest« ergiebt. Von den Kranken mit Pneumothorax starben etwa 75% innerhalb der ersten 14 Tage und etwa 90% vor Ablauf des ersten Monats. Die übrigen 10% können noch recht lange leben. Zwischen dem 25. und 35. Jahre kommen am häufigsten Fälle von Pneumothorax vor, vor dem 15. und nach dem 40. Lebensjahre sind sie sehr selten. Es werden zwar mehr Männer von Pneumothorax befallen, aber es erliegen der Krankheit mehr Frauen. Die Prognose wird durch die Lage des Pneumothorax rechts oder links nicht wesentlich modificirt, auch ist nicht eine Thoraxhälfte häufiger befallen als die andere. Erguss ist gewöhnlich, aber nicht immer vorhanden. Seröse, sero-purulente und purulente Exsudate sind etwa gleich häufig. Anfänglich seröse Ergüsse werden später oft purulent. Die Größe des Ergusses hat mit der Dauer des Bestehens eines Pneumothorax gar nichts zu thun. Die Perforation wurde etwa in $^2/_3$ aller Fälle gefunden, auch bei solchen, wo sie schon vor sehr langer Zeit eingetreten war. Sie liegt etwa 2mal so häufig im Oberlappen, als irgend wo anders. Zwischen der Größe der Lungenerkrankung und dem Eintreten von Pneumothorax sind keine Beziehungen zu finden. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

20. **Thorn.** Zur Therapie der akuten Nephritis bei anhaltender Anurie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 21.)

T. schildert einen Fall von akuter Nephritis bei einem 9jährigen Knaben, bei dem während 80 Stunden fast vollständige Anurie bestand. Die Behandlung bestand, entgegen den Warnungen Aufrecht's (Berliner klin. Wochenschrift 1883

No. 51, cf. No. 28 d. Centralbl.) in der Anwendung von diaphoretischen (warmes Bad, Pilokarpininjektionen) und diuretischen Mitteln. Die Ernährung geschah in den ersten Wochen ausschließlich mit Milch und einer mäßigen Quantität Weißbrot.

Seifert (Würzburg).

21. **Korkunow.** Über den Einfluss verschiedener Bedingungen auf die Ausscheidung des gerinnbaren Eiweißes bei der Nephritis. (Aus Manassein's Klinik.)

(Wratsch 1883. No. 52. 1884. No. 18.)

Bringt in der ersten Abhandlung 8 Beobachtungen bei chronischer Nephritis, in denen die Eiweißausscheidung von Tag und Nacht, so wie die bei vollständiger Bettruhe mit der bei Bewegung am Tage verglichen wird. Es fand sich die Eiweißausscheidung am Tage stärker als bei Nacht, bei Bewegung stärker als bei Ruhe sowohl procentisch als absolut berechnet, doch sind in jeder Beobachtungsreihe 1—2 Ausnahmen verzeichnet. Die zweite Abhandlung bringt 8tägige Beobachtungen an 6 Kranken, welche bei möglichst absoluter Bettruhe gehalten wurden und die letzten 4 Tage 2mal täglich ein länger dauerndes warmes Bad erhielten. Es nahm dabei die Menge des Eiweißes im Urin absolut (ausgenommen 1 Fall) und procentisch (ausgenommen 2 Fälle) ab. Das Körpergewicht nahm immer ab, bei allen nahm die Menge des Getränkes zu, während doch die Menge des Urins abnahm und sein specifisches Gewicht stieg. Das Allgemeinbefinden besserte sich ungemein. Auf die Verbindung von Bettruhe mit Baden wird besonderes Gewicht gelegt.

F. A. Hoffmann (Dorpat).

22. **Kjellberg.** Perniciöse Anämie bei Kindern.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 5 u. 6.)

Dem bisher in der pädiatrischen Litteratur einzig dastehenden Falle von Quinke reiht Verf. einen zweiten von perniciöser Anämie im Kindesalter an. Es handelt sich um einen 5jährigen Knaben, der plötzlich mit Kopfschmerz und Mattigkeit erkrankte; dazu gesellten sich wachsähnliche, gelbblasse Hautfarbe, blasse Lippen, leidender Gesichtsausdruck bei ziemlich guter Körperfülle. Späterhin traten auch Kurzathmigkeit bei der kleinsten Bewegung, Herzklopfen, anämische Geräusche über dem Herzen und den Halsgefäßen, Blutungen in den Retinae und unter der Haut auf. Das Blut war auffallend blassroth, die mehrfach vorgenommene Zählung der rothen Blutkörperchen ergab eine bedeutende Abnahme derselben (Anfangs 900000 auf 1 cmm, am Tage vor dem Tode 571000 auf 1 cmm).

Die Gesammtdauer der Krankheit betrug nur $1^1/_2$ Monate. Die Obduktion zeigte eine sehr ausgiebige Verfettung der Herzmuskulatur, Blässe der Gehirnsubstanz, Blutungen in mehreren Organen, dem Kleinhirn, Pleura, Perikardium, Lungen, Peritoneum; Fettwandlung des Epithels der Nierenkanäle in der Rinde und den Pyramiden. Jede Vergrößerung der Milz, Leber und Lymphdrüsen fehlte.

Das Gesammtkrankheitsbild, so wie der objektive Befund, entsprechen völlig den Schilderungen, welche von dieser Krankheit bei Erwachsenen bekannt sind. Verf. neigt zur Ansicht, dass eine Infektion bei der perniciösen Anämie stattfinde und glaubt, in dem akuten Auftreten der Krankheitserscheinungen eine Stütze dieser Theorie zu sehen.

Arsenik war ohne Erfolg geblieben. **M. Cohn** (Hamburg).

23. **Kohts.** Fall von Myositis ossificans progressiva.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 3. p. 326—333.)

Verf. theilt einen weiteren von ihm beobachteten Fall dieser seltenen und seltsamen Erkrankung mit, welcher, wie es scheint, in frühester Kindheit bereits zur Entwicklung gelangte; im 9. Jahre wahrscheinlich, gelegentlich der ersten Gehversuche, sich verschlimmerte, und den betroffenen, jetzt 23jährigen Mann im Allgemeinen zur dauernden Bettlage zwingt. Die Beschreibung s. im Original. Verf. hält die Erkrankung für ein peripheres Leiden, analog der Pseudohypertrophie der Muskeln. **Heubner** (Leipzig).

24. **Jacubowitsch.** Tabes dorsalis im Kindesalter.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 5 u. 6.)

Der Fall betrifft einen 10jährigen Knaben, bei dem sich die folgenden Symptome im Anschluss an eine Pachymeningitis mit zurückgebliebener »centraler« Taubheit entwickelten. Mit neuralgischen Schmerzen in der Stirn, dem Hinterkopfe, zwischen den Schultern und in den Kniegelenken entwickelte sich gleichzeitig eine schnell progredirende Schwäche in den Beinen und eine Veränderung des Ganges, der vollkommen ataktisch wurde. Geruch, Gesicht und Geschmack intakt. Dysphasie, Dyslexie, Paraphasie und Anarthrie. Muskelkraft der oberen Extremitäten bedeutend vermindert. Unterextremitäten wenig atrophisch. Schwanken beim Gehen und Stehen auch bei offenen Augen. Die Untersuchung des Tastgefühls mit dem Weber'schen Zirkel ergiebt überall eine bemerkliche Erweiterung der Weber'schen Kreise. Kniephänomen rechts nur in geringem Grade erhalten, links völlig fehlend. Muskelempfindlichkeit abgeschwächt. Elektromuskularsensibilität vermindert. Daneben besteht hartnäckige Verstopfung. Urin reich an Krystallen aus Harnsäure und oxalsaurem Kalk. Die angewandten Therapeutica (Argent. nitric., Kali bromat. et jodat., Nux vomica, Elektricität) blieben erfolglos.

Die Schilderung der Symptome ist nicht ausführlich genug, um ein sicheres Urtheil über den Fall zu gestatten. Jedenfalls kann derselbe, besonders in Hinsicht auf die voraufgegangene »Pachymeningitis« (deren Erscheinungen nicht geschildert werden), nicht als Beleg für das Vorkommen der Tabes im kindlichen Alter gelten.

M. Cohn (Hamburg).

25. **W. B. Hadder.** Über einige klinische und pathologische Punkte bei Kleinhirnerkrankung.

(Brit. med. journ. 1884. I. p. 1087.)

Es werden sehr kurz mitgetheilt: 1 Fall von Cyste der linken Kleinhirnhemisphäre (leichte Benommenheit, rasende Kopfschmerzen, trunkener Gang, Sehstörung, manchmal etwas Nystagmus); 1 Fall von Abscess im Kleinhirn nach Ohreneiterung (Kopfschmerz, Unvermögen zu gehen, Erbrechen, Neuritis optica bilateralis, Strabismus convergens) und 1 Fall von Meningitis nach Felsenbeincaries, bei dem ebenfalls ein Kleinhirnabscess gefunden wurde. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

26. **T. Sympson.** Ein Fall von Sklerodermie der linken Unterextremität.

(Brit. med. journ. 1884. I. p. 1089.)

Interessant an dem mitgetheilten Falle ist die Entstehung nach einem Trauma am Knie, die allmähliche Ausbreitung der Sklerodermie von da aus und die Besserung, welche beim Gebrauch von Vaselineeinreibungen und der innerlichen Darreichung von Arsen beobachtet wurde. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

27. **Jessup.** A case of oedema glottidis from syphilitic ulcer of the larynx.

(New York med. journ. 1884. Mai 17.)

Ein seit 4—5 Monaten hustender, 45jähriger Italiäner war 3 Tage vor seiner Aufnahme ins Hospital an Athemnoth erkrankt, welche bei der Ankunft des Kranken im Hospital so zugenommen hatte, dass nach der erfolglosen Anwendung von Dampfinhalationen und heißen Tüchern um den Hals zur Tracheotomie geschritten wurde. Die laryngoskopische Untersuchung ließ eine bestimmte Diagnose nicht stellen; Pat. ging am Tage nach vorgenommener Tracheotomie zu Grunde. Sektion ergab ein jederseits dem Stimmband entlang verlaufendes, den nekrotischen Schildknorpel bloßlegendes Ulcus, Verdickung und Pigmentirung der umgebenden Schleimhaut. Das Geschwür selbst hält J. für wahrscheinlich syphilitisch, weil auf dem Schenkel (welchem?) Narben (welcher Art?) gefunden wurden und der Verstorbene eine Sattelnase hatte. (Die anatomische Untersuchung der Nasenhöhle fehlt, eben so wird über einen etwaigen Befund an den Genitalien keine Angabe gemacht und da an den übrigen Organen der Brust- und Bauchhöhle keinerlei auf

überstandene Lues hinweisende Veränderungen in dem freilich sehr lakonischen Sektionsbericht erwähnt werden, so muss die Diagnose auf »Ulcus syphiliticum laryngis« mit großer Reserve aufgenommen werden. Die Behauptung des Verf., dass das Ödem bei syphilitischen Ulcerationen im Kehlkopf im Gegensatz zu dem »quite abrupt« sich einstellenden Glottisödem bei Tuberkulösen »more gradual« sich entwickelt, ist in dieser Allgemeinheit ausgedrückt entschieden unrichtig, dürfte auch nicht einmal für die Mehrzahl der hier in Betracht kommenden Fälle zutreffen. Ref.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

28. Gouguenheim. Carie du cartilage thyroïde — abcès consécutif, ouvert à l'extérieur — accès de suffocation — trachéotomie — mort par suicide — autopsie.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. T. X. 1884. Mai 2. p. 81 ff.)

Der Fall betrifft einen 42jährigen, 7 Monate vor seinem Eintritt ins Hospital unter Erstickungserscheinungen und Halsschmerzen erkrankten Mann, bei welchem sich solche Attacken noch 2mal wiederholten. Bei dem am 7. December aufgenommenen Pat. wird eine die Reg. sublaryngea einnehmende, sich unter beide Mm. sternocleidomast. erstreckende, den Schluckbewegungen folgende Anschwellung wahrgenommen, mit welcher eine in der Höhe des linken Kieferwinkels gelegene Anschwellung nicht zusammenhängt. Laryngoskopisch erscheint der Kehlkopf nach rechts abgewichen, bis zu den oberen Stimmbändern, welche an einander liegen, normal. Die Diagnose lautete auf Caries des Schildknorpels und perilaryngealen Abscess. Am 12. December erfolgte Durchbruch des inzwischen erweichten medianen Tumors nach außen, am 20. wird wegen drohender Erstickungsgefahr tracheotomirt, worauf Besserung des Allgemeinbefindens. Nichtsdestoweniger macht Pat. »sous des influences morales mauvaises« mehrere jedoch vereitelte Selbstmordversuche, bis es ihm in einem unbewachten Moment gelang, die Kanüle herauszuziehen und er an Erstickung zu Grunde ging. Die Sektion ergiebt Caries des Schildknorpels, dessen eine (welche? Ref.) Seite zerstört ist, Ulceration der Kehlkopfschleimhaut mit fast völliger Zerstörung der falschen Stimmbänder; Lungen absolut frei (übriger Sektionsbefund? Ref.). Über die Ätiologie der Caries des Schildknorpels äußert sich G. nicht, speciell ist die Frage, ob nicht Lues für die Larynxaffektion verantwortlich gemacht werden müsse, ganz unerörtert geblieben.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

29. A. Bianchi. Ancora sulla lavenda gastrica.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 25.)

Von den 2 durch Magenausspülung geheilten Fällen, die B. mittheilt, ist der erste dadurch bemerkenswerth, dass ein 24jähriger junger Mann sich durch unmäßige Lebensweise einen hartnäckigen Magenkatarrh zuzieht, nach vergeblicher, medikamentöser Behandlung endlich durch Magenausspülung fast völlig geheilt nach Hause entlassen wird, dort aber theils aus Renommage, theils, weil er dem Hang zur Unmäßigkeit nicht widerstehen kann, erst 3mal täglich, dann 2 Stunden nach jeder Mahlzeit sich selbst den Magen ausspült. Der Kranke machte auf diese Weise selbst jede Ernährung unmöglich und kam außerordentlich herunter, so dass es erst neuer entsprechender Behandlung bedurfte, um ihn wiederherzustellen.

Beim zweiten Fall ist erwähnenswerth, dass B., um die kardialgischen Schmerzen zu beseitigen, Chloroformwasser zur Ausspülung mit gutem Erfolg angewendet hat. B. nimmt ein mit Chloroform gesättigtes Wasser (10 ccm : 1 Liter) rein oder mit gleicher Menge Wassers verdünnt, erwähnt aber selbst, dass diese Methode große Vorsicht erfordert, um so mehr als dabei das Chloroformwasser einige Minuten im Magen bleiben muss, von einzelnen Personen aber gar nicht vertragen wird.

Kayser (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 31. **Sonnabend, den 2. August.** **1884.**

1. **Preyer.** Ein neues Verfahren zur Herabsetzung der Körpertemperatur.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 18.)

Davon ausgehend, dass eine bedeutende und rapide Abkühlung durch Wasserverdunstung beim Schwitzen eintritt, versuchte P. das Wasser mit einer sehr großen Oberfläche durch Zerstäubung in Spray anzuwenden. Wenn die Temperatur des zur Zerstäubung verwendeten Wassers niedrig ist, etwa 3—7° C. beträgt, dann kann man binnen 5—10 Minuten mit einer kleinen Quantität Wassers die Rectumtemperatur normaler Meerschweinchen um mehr als einen ganzen Grad herabsetzen, hat das Wasser eine höhere Temperatur, bis gegen 22°, dann tritt ebenfalls eine Abnahme der Eigenwärme des Thieres ein, allein sie ist weder so schnell noch so erheblich wie nach Anwendung viel kleinerer Mengen kälteren Wassers. P. möchte durch diese Mittheilung zu weiteren Versuchen, insbesondere an fiebernden Menschen anregen und empfehlen, die Temperatur des zu

zerstäubenden Wassers zuerst höher, dann niedriger und zuletzt wieder etwas höher zu nehmen, um die Hautgefäße zuletzt zu erweitern, überhaupt mit warmem und kaltem Spray zu alterniren, das Thermometer in häufigen kurzen Intervallen zu beobachten und das Abtrocknen so spät wie möglich vorzunehmen, erst dann, wenn die Eigenwärme subnormal (!) geworden ist. **Seifert** (Würzburg).

---

2. H. Veale. Notiz über Esbach's Methode die Eiweißmenge im Urin zu schätzen.

(Brit. med. journ. 1884. I. p. 898.)

Trotz so vieler Versuche fehlt es uns bislang noch an einem einfachen Verfahren, das in der Praxis leicht anwendbar, die Eiweißmenge des Urins zu schätzen gestattet. In Frankreich ist, wie Ref. sich überzeugte, die 1874 von Esbach angegebene Methode sehr verbreitet. Dieselbe beruht darauf, dass im graduirten Cylinder die Höhe des Niederschlages gemessen wird, welcher entsteht, wenn zu einer bestimmten Menge Urin eine Lösung von 1 Pikrinsäure und 2 Citronensäure auf 100 Wasser gesetzt wird. V. versucht in dem vorliegenden Aufsatze das Verfahren auch in England einzubürgern. Er hat es seit bald 4 Jahren an seiner Klinik benutzt und wurde von der Bequemlichkeit und dem Nutzen für klinische Zwecke, die es bietet, überzeugt. Selbstverständlich hat er Vergleiche mit den Resultaten gezogen, welche die Gewichtsmethode bietet.

Die folgende Tabelle giebt 10 solcher vergleichenden Untersuchungen wieder.

No.	Spec. Gew. des Urins	Eiweißmenge in 1000 Theilen		Höhe des durch Hitze und Salpetersäure erzeugten Niederschlages
		nach Esbach bestimmt	durch Wägung bestimmt	
1	1023	3,0	3,8	3,00
2	1022	4,2	3,9	3,25
3	1022	3,8	4,0	3,75
4	1022	3,9	4,0	3,25
5	1025	5,4	5,4	6,25
6	1026	4,8	4,8	2,75 (nicht ganz ausgefallen)
7	1025	3,9	4,0	3,75
8	1022	4,2	4,1	3,5
9	1020	3,9	3,6	3,75
10	1020	3,5	3,0	3,5
Mittelzahl:	....	4,06	4,06	3,675 ca.

Es zeigt sich, dass Esbach's Methode Resultate giebt, welche, wenn auch nicht immer absolut korrekt, doch für klinische Zwecke meist ausreichend genau sind. Dabei empfiehlt sich das Verfahren durch seine leichte Ausführbarkeit sehr. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

3. F. Penzoldt. Ältere und neuere Harnproben und ihr praktischer Werth.

(Korrespondenzblätter des Allg. ärztl. Vereins von Thüringen 1884. No. 6. — Auch als Monographie erschienen bei G. Fischer, Jena 1884.)

Verf. giebt eine vergleichende Zusammenstellung der verschiedenen Harnproben mit besonderer Berücksichtigung ihrer praktischen Verwerthung. Die Resultate, zu denen er dabei kommt, sind folgende:

1) Eiweißproben: Als die sichersten und zugleich schärfsten sind zu betrachten: in erster Linie die mit Essigsäure und Ferrocyankalium, in zweiter die Probe mit Kochen und Salpetersäure. Dann würden ebenfalls als sehr sicher kommen die mit Pikrinsäurelösung, so wie die mit Säure und Salzlösungen, welche nur etwas weniger scharf zu sein scheinen. Den anderen Proben, die sich durch ihre größere Bequemlichkeit auszeichnen, durch das die Reagentien leicht im Taschenbesteck mitzuführen und die Reaktionen am Krankenbett auszuführen sind (Trichloressigsäure, Metaphosphorsäure, Geissler'sches Reagenspapier), fehlte die absolute Sicherheit. Sie sind daher nur bedingungsweise (am vortheilhaftesten die mit Reagenspapier) anzuwenden und bei jedem etwas zweifelhaften Resultate eine der oben erwähnten Proben anzustellen.

2) Zuckerproben: Nur bedingungsweise darf man zur vorläufigen Orientirung sich der Probe mit Indigo- und Sodapapier bedienen. Für die regelmäßige Untersuchung des Urins ist am geeignetsten: die in ihren beiden Bestandtheilen, der Kupferlösung und der alkalischen Seignettesalzlösung getrennt aufzubewahrende Fehling'sche Lösung (welche man nach der Worm-Müller'schen Modifikation darstellen und dem Augenmaß nach anwenden kann) und fast noch mehr: die von Nylander modificirte Wismuthprobe. Bei zweifelhaftem Resultat ist unbedingt die Gährungsprobe anzustellen.

Für den 3) Blutfarbstoff ist die Heller'sche Probe ausreichend. Um den 4) Gallenfarbstoff möglichst sicher nachzuweisen, kann man mit Chloroform ausschütteln und mit diesem die Gmelin'sche Reaktion anstellen. Will man den Farbstoff womöglich in Spuren erkennen, so wende man die Rosenbach'sche Probe an, oder eine vom Verf. selbst angegebene Prüfung, die darin besteht, dass eine größere Menge Harn filtrirt wird, etwas koncentrirte Essigsäure auf das Filter gebracht wird. Bei Gehalt an Gallenfarbstoff ist die abgelaufene Essigsäure gelbgrün gefärbt und wird nach längerem Stehen grün.

5) Nachweis von Arzneimitteln im Harn. Von praktischer Wichtigkeit sind die sehr scharfen und bequemen Reaktionen auf Jodkalium (Salpetersäure und Chloroform) und Salicylsäure (Eisenchlorid). Die Chrysophansäure- und Santoninprobe sind ebenfalls beachtenswerth, besonders die letztere bei den nicht so selten vorkommenden Santonin-Intoxikationen. Die Tanninreaktion ist weniger wichtig und die Brom-

kaliumprobe wegen Umständlichkeit und geringer Schärfe nicht so leicht verwerthbar. **Strassmann** (Berlin).

---

4. Seibert (New York). Witterung und krupöse Pneumonie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 18 u. 19.)

S. kommt auf die von ihm in einer kleinen Arbeit über den meteorologischen Einfluss auf die Entstehung der krupösen Pneumonie aufgestellten Schlusssätze zurück, um sie mit den in der Zwischenzeit von deutschen Autoren (Köhnhorn, Port, Keller, Senfft) ausgesprochenen Anschauungen zu vergleichen. Demnach würde 1) die Entwicklung der krupösen Pneumonie von gewisser Witterung außerordentlich begünstigt, 2) würde durch die gleiche Witterung die Entstehung von katarrhalischen Zuständen der Respirationsschleimhäute begünstigt, 3) sei das eine Witterung, die als feuchtkalte bezeichnet werden müsse. Diese Sätze könnten eben sowohl für Deutschland als für die dortigen Verhältnisse gelten. Auf die Frage, ob die einmüthige Einwirkung feuchtkalter Witterung auf die Entstehung von Katarrh und Pneumonie in dem Sinne aufzufassen sei, dass Katarrh (wenn auch nur im ersten Anfangsstadium) zur Entwicklung der Pneumonie Vorbedingung ist und dass die Einimpfung eines specifischen Krankheitserregers auf die Schleimhaut nur in katarrhalischem Zustand stattfindet oder nicht, weist Verf. wohl hin, kann aber zu keiner bestimmten Beantwortung kommen.

Seifert (Würzburg).

---

5. Roe. Hay-fever or hay-asthma.

(New York med. journ. 1884. Mai 3 und 10.)

Wie Hack in Deutschland, so hat sich Verf. in Amerika um die Verbreitung der Kenntnisse von den zwischen Nasenaffektionen und Reflexleiden der verschiedensten Art bestehenden Beziehungen besonders verdient gemacht und giebt in dem obigen Aufsatz einen instruktiven Überblick über die jetzt in der Lehre vom Heufieber herrschenden Anschauungen. Es wird darauf hingewiesen, dass in all diesen Fällen eine organische Affektion des Überzuges meist der unteren, aber auch der mittleren Muscheln so wie des Septum oder eine durch Sondenberührung leicht nachzuweisende Hyperästhesie dieser Theile zu konstatiren ist. Etwas schematisch erscheint dem Ref. die von R. aufgestellte Behauptung, dass das Septum betreffende Affektionen meist mit Nießattacken, auf die Muscheln lokalisirte Erkrankungen mit Asthma oder Husten verbunden sind. Sehr richtig bemerkt R., dass nicht alle, derartige Muschelüberzugserkrankungen zeigende Pat. an Heufieber (gilt auch für die Reflexneurosen, Ref.) leiden, sondern dass hierzu noch eine besondere Läsion der in die erkrankte Nasenschleimhaut eingebetteten, die Hyperästhesie bedingenden Nerven angenommen werden muss. R. theilt 5 hierher gehörige

Krankengeschichten mit und bemerkt, worin ihm Ref. vollständig beipflichtet, dass alles Krankhafte möglichst vollständig zerstört werden muss, weil das Zurückbleiben selbst unbedeutender Herde genügt, um wenigstens leichteren Attacken von Heufieber Vorschub zu leisten. Ref. will nicht unterlassen, auf einen praktisch wichtigen Punkt aufmerksam zu machen, dass man sich nämlich in allen in dieses Gebiet gehörigen Krankheitsfällen niemals mit einer einmaligen rhinoskopischen Untersuchung begnügen soll, speciell wenn das Resultat der ersten Untersuchung vielleicht negativ ausgefallen ist. Den operativen Eingriff nimmt man, worin Ref. ganz der Ansicht R.'s beipflichtet, am besten in anfallsfreien Intervallen vor; die Galvanokaustik verdient hierbei vor allen anderen sonst in Frage kommenden Mitteln, auch der neuerdings wieder von Hering empfohlenen Chromsäure, den entschiedenen Vorzug (Ref.). **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

6. **Stiller.** Die nervösen Magenkrankheiten.

Stuttgart, F. Enke, 1884.

S. hat sich die Aufgabe gestellt, die Affektionen des Magens monographisch zu behandeln, so weit sie ausschließlich von einer gestörten Funktion seiner Nerven abhängen. Auf wie große Schwierigkeiten die Lösung einer solchen Aufgabe stoßen muss, geht schon aus der Betrachtung der physiologischen Fundamente hervor, auf denen sich doch erst ein systematisches und einheitliches Gebäude erheben könnte. Aber hier sehen wir überall nur sandigen Untergrund. Auf welchen Bahnen die motorischen Impulse dem Magen zugeführt werden, welche Nerven die sensiblen Eindrücke dem Centralorgan vermitteln, ob es sekretorische Nerven giebt und wie diese verlaufen, das sind alles Fragen, die man gern beantwortet sähe, ehe man ein System der Magenkrankheiten nach streng physiologischen Grundsätzen konstruirt. Eben so wenig besitzen wir genügenden Aufschluss über den Mechanismus des Erbrechens, des Hungergefühls und der reflektorischen Vorgänge, die von anderen Organen aus die Funktionen des Magens beeinflussen.

Wenn trotzdem Verf. versucht, schon jetzt ein System der nervösen Magenkrankheiten zu konstruiren, so geht dies aus dem wohl berechtigten Streben hervor, Abrechnung zu halten über den bisherigen klinischen Erwerb auf diesem Felde und zu sehen, wie weit derselbe sich den physiologischen Erfahrungen anpasssen lässt.

S. theilt die Neurosen des Magens in drei Gruppen: die idiopathischen Magenneurosen, die Reflexneurosen des Magens und die durch allgemeine Neuropathien bedingten Magenneurosen. Bei jeder Gruppe versucht er wieder so weit wie möglich die Störungen in der sensiblen, motorischen und sekretorischen Sphäre von einander zu trennen, so dass man dem Verf. die Anerkennung nicht versagen kann, dass er mit großer logischer Schärfe den Grundriss entworfen

hat, nach welchem er ein Gebäude der nervösen Magenkrankheiten konstruirt haben will.

Mit vielem Geschick sind auch die bisherigen klinischen Erfahrungen dem neuen Schema eingereiht worden, aber es stellt sich doch dabei heraus, wie starr und ungefüge unser bisheriges klinisches Wissen sich dem physiologischen Schematismus gegenüber immer noch verhält.

Wie klar und plausibel erscheint es, die Formen von Erbrechen, die auf einer ausschließlichen Erkrankung der Magennerven beruhen, zu trennen von denen, bei welchen durch reflektorische Einflüsse das Erbrechen ausgelöst wird, und schließlich von jener dritten Kategorie, bei welcher eine allgemeine Nervenerkrankung das ursächliche Moment darstellt.

Aber wie schwer gestaltet sich diese Unterscheidung in praxi! Wenn eine Kranke mit nervösem Erbrechen bei der gynäkologischen Untersuchung eine Lageveränderung des Uterus aufweist, dürfen wir dann ohne Weiteres den Fall zu den Reflexneurosen rechnen? Unsere Erfahrung, dass in solchen Fällen häufig genug die gynäkologische Behandlung die Neurose gar nicht beeinflusst, spricht entschieden gegen diese Annahme.

Wie häufig kommt es weiter vor, dass nervöses Erbrechen lange Zeit der einzige Ausdruck einer nervösen Disposition ist, bis diese sich durch ihr vielfarbiges Krankheitsbild in unverkennbaren Zügen verräth. In diesem Falle würden wir so lange idiopathisches Erbrechen diagnosticiren müssen, bis einige markante Züge der Hysterie oder Neurasthenie uns belehren, dass die vorliegende Erkrankung in die dritte der S.'schen Gruppen gehört.

Noch schwieriger wird es natürlich werden, innerhalb derselben Gruppe die einzelnen Formen aus einander zu halten. Wie selten tritt in Wirklichkeit eine Cardialgie, eine motorische Störung, eine pathologische Veränderung der Sekretion rein und unkomplicirt auf!

Für gewöhnlich handelt es sich um viel komplicirtere Krankheitserscheinungen. Es ist z. B., wie S. auf p. 42 selbst anführt, ein schweres durch Uterusfibroid erzeugtes Magenleiden vorhanden, welches sich in vehementen Kardialgien, zeitweisem Erbrechen, gänzlicher Appetitlosigkeit und Beschwerden nach dem Genuss der leichtesten Nahrung äußert, also sich in der sensiblen, der motorischen und der sekretorischen Sphäre abspielt.

Was übrigens die reflektorischen Magenneurosen anlangt, so will es Ref. dahin gestellt sein lassen, ob die Reflexe nicht häufiger als nöthig zur Erklärung dunkler Krankheitsbilder herbeigezogen werden. Die Lehre von der Epilepsie ist jedenfalls ein lehrreiches Kapitel hierfür. A priori sollte man jedenfalls erwarten, dass dieselben Reize viel häufiger ganz gleichförmige Reflexe auslösen, als dass das eine Mal Erbrechen, ein anderes Mal Kardialgie, ein drittes Mal ausschließlich eine Veränderung der Magensekretion hervorgerufen wird. Wie gleichförmig gestaltet sich z. B. der Reflex auf den Magen,

den der schwangere Uterus erzeugt, gegenüber den vielen klinischen Bildern, die eine Retroflexio uteri nach dem S.'chen Schema hervorrufen müsste.

Bei einzelnen Kapiteln des S.'schen Buches ist Ref. unwillkürlich die Frage aufgestoßen, ob sie überhaupt bei der vorliegenden Frage behandelt werden dürfen. Wenn ein schwerkranker Melancholiker Wochen- und Monate lang die Nahrung verweigert, dürfen wir diese Störung dann zu den nervösen Magen k r a n k h e i t e n rechnen? Müssten wir dann nicht in logischer Konsequenz die Harnentleerung des epileptischen Anfalls bei den Blasenkrankheiten behandeln? Wir wollen mit diesem Vorgehen nicht rechten, jedenfalls beweist es uns aber, wie sehr unser klinischer Besitz sich aus Symptomen und Symptomengruppen zusammensetzt, wie wenig wir noch im Stande sind, überall eine streng physiologisch-anatomische Klassificirung der Krankheiten durchzuführen.

Desshalb, meinen wir, wird wohl auch auf dem Gebiet der Magenkrankheiten die rein klinische Methode der Forschung bis auf lange Zeit noch die einzig fruchtbringende bleiben, d. h. diejenige Methode, welche charakteristische Symptome zu möglichst scharf abgegrenzten Krankheitsbildern zusammenfasst, und wie sie bis in die neueste Zeit von fast allen Autoren gehandhabt worden ist. Schon sehen wir aus dem vor einiger Zeit noch unentwirrbar scheinenden Chaos der Magenerscheinungen sich brauchbare klinische Bilder abscheiden. Die mechanische und die chemische Insufficienz, die peristaltische Unruhe des Magens, die Schlussunfähigkeit des Pylorus etc. sind schon bestimmte Krystallisationspunkte, um die sich vielleicht recht bald wohlgeformte klinische Bilder gestalten werden. In der nervösen Dyspepsie haben wir eine in vielen Beziehungen abgeschlossene und wohlcharakterisirte Symptomengruppe.

Wenn wir also nicht die Ansicht S.'s theilen, dass wir die Aufgabe haben, unsere nächsten klinischen Forschungen nach dem von ihm konstruirten physiologischen Schema einzurichten, so wollen wir andrerseits nicht leugnen, dass es in späterer Zeit vielleicht in seinen großen Hauptzügen der Plan sein wird, nach dem wir unsere klinischen Errungenschaften ordnen. Bis dahin wird das geistvoll geschriebene Buch S.'s ein Denkstein des deutschen Strebens sein, mit einem Sprunge ein Ziel zu erreichen, das sonst nur auf dem Wege sorgfältiger und mühsamer Empirie zugänglich ist. Allen denen, die Freunde einer geistreichen medicinischen Lektüre sind und die sich auf dem Gebiet der nervösen Magenkrankheiten leicht und doch erschöpfend orientiren wollen, können wir kein besseres Werk empfehlen. In der an Einzelarbeiten so reichen, an zusammenfassenden Darstellungen aber so dürftigen Litteratur der Magenkrankheiten wird es sich jedenfalls einen dauernden Platz erwerben. **Unverricht** (Breslau).

---

7. F. Mosler. Über Milzechinococcus und seine Behandlung.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1884. gr. 8. 75 S.

Auf Grund eines selbst beobachteten Falles und der in der Litteratur vorhandenen Mittheilungen hat M. eine »Monographie« über obige seltene Affektion veröffentlicht und vorzugsweise die klinische Seite derselben beleuchtet. Es liegen im Ganzen 66 Fälle von Milzechinococcus vor, doch ist bei einer großen Zahl das Leiden nur bei der Sektion entdeckt, z. Th. weil die Echinococcusblasen ganz klein oder verkalkt waren. 30mal war die Milz allein, 36mal neben anderen Organen ergriffen; der eigene Fall des Verf.s gehört zur ersteren Kategorie und ist in Kurzem folgender.

Ein 22jähriger Schäfer, der seit mehreren Jahren sich mit der Dressur von Schäferhunden abgegeben hatte, spürte eines Tages im September 1879, als er einen Schafbock hob, plötzlich stechende Schmerzen unter dem linken Rippenrande, die ca. 14 Tage anhielten; seit Weihnachten desselben Jahres machte sich eine langsam zunehmende Auftreibung des Leibes an dieser Stelle bemerkbar, wegen deren Pat. im Febr. 1880 die medicinische Klinik in Greifswald aufsuchte. Hier wurde die Auftreibung als durch einen Echinococcus bedingt erkannt, von dem man zunächst annahm, dass er vom linken Leberlappen ausginge; doch nachdem 2000 ccm Echinococcusflüssigkeit (mit Haken) durch Punktion und Aspiration entleert waren, wurde es wahrscheinlich, dass die Milz der Ausgangspunkt sei. Es wurde in der Folge die Punktion noch mehrmals wiederholt, auch Karbolsäurelösung in den Sack gespritzt etc. etc. (warum nicht die Volkmann'sche Schnittoperation gemacht??); schließlich kam es zur Vereiterung, Pat. fieberte, und im September 1880 zeigte sich ein Abscess in der Lumbalgegend, der nunmehr durch Incision geöffnet wurde. Es blieb eine Fistel danach zurück, die bis zur Entlassung des Kranken im Juni 1881 nicht geheilt war, doch war das Allgemeinbefinden gut.

Die Symptomatologie des Milzechinococcus gestaltet sich begreiflicherweise sehr verschieden, je nach dem specielleren Sitz, der Größe (es kommen erbsengroße bis mehrere Pfund schwere Blasen vor), der Schnelligkeit des Wachsthums, etwaigen zufälligen Schädlichkeiten (Traumen) etc. Die Diagnose kann nur dann sicher sein, wenn eine fluktuirende Geschwulst nachgewiesen ist, aus der sich bei der Punktion die charakteristische Echinococcusflüssigkeit event. mit Haken gewinnen lässt. Der Verlauf ist immer sehr langsam, zählt meist nach Jahren. Die Prognose ist, obwohl die Affektion ja an sich nicht bösartig ist, doch nicht ohne Bedenken; abgesehen davon, dass Entzündung in der Umgebung des Sackes oder gar Perforation desselben sich einstellen kann, rufen große Blasen durch Druck auf Nachbarorgane mitunter ernste Störungen hervor.

Therapeutisch ist alles Mögliche und Unmögliche versucht worden; rationell ist natürlich nur eine operative Behandlung. Verf.

bemerkt ganz richtig, dass auch sein eigener Fall nicht zu Gunsten wiederholter Punktionen spreche; entweder muss »von vorn herein, oder falls eine erste Punktion nicht die gewünschte Heilung erzielt, baldigst zur radikalen Operation der Eröffnung des Sackes mittels Schnittes« geschritten werden. Demjenigen, der nur einigermaßen chirurgische Principien kennt, dürfte dies von vorn herein nicht zweifelhaft erscheinen. **Küssner** (Halle a/S.).

---

8. **Strümpell.** Über das Verhältnis der multiplen Neuritis zur Poliomyelitis.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 11.)

Die Erb'sche Hypothese, wonach auch den scheinbar primär von den Nerven ausgehenden atrophischen Lähmungen gewisse »rein funktionelle, mikroskopisch nicht erkennbare Störungen in den Centralorganen« zu Grunde liegen, findet S. — in Übereinstimmung mit Eisenlohr — unberechtigt, in so fern kein Grund vorhanden sei, um an der Möglichkeit eines primären Befallenwerdens der peripheren Nerven zu zweifeln. Andererseits stehe jene Hypothese aber auch mit den klinischen und anatomischen Thatsachen in Widerspruch, da bei der multiplen Neuritis die vorderen Wurzeln trotz stärkster Degeneration in den peripheren Nerven fast immer normal gefunden werden, und da ferner in den Fällen von multipler Neuritis fast immer im Anfang Sensibilitätsstörungen, heftige Schmerzen, später leichte Anästhesie etc. bestehen. Endlich führt S. noch aus, dass der von Erb gemachte Einwand, in den chronischen Fällen von multipler Neuritis handele es sich nur um einfach degenerative Atrophie der Nerven und Muskeln, wie bei der sekundären Degeneration, nicht um entzündliche Veränderungen, wie bei echter multipler Neuritis — dass dieser Einwand als stichhaltig nicht angesehen werden könne. Eine solche principielle Scheidung von »degenerativen« und »entzündlichen« Vorgängen ist nach S. überhaupt nicht unbedingt zuzugeben. Dieselben Entzündungserreger wirken sowohl auf die parenchymatösen Gewebstheile, wie auch auf die Gefäßwände; bei den »akuten« Entzündungen sind gewöhnlich beide Einwirkungen sehr intensiv, daher neben der parenchymatösen Degeneration auch Hyperämie, reichliche entzündliche Exsudation, Auswanderung zahlreicher weißer Blutzellen etc. — während bei der »chronischen« Entzündung dagegen fast immer die parenchymatöse Atrophie in den Vordergrund tritt, die entzündlichen Veränderungen an den Gefäßen dagegen zurücktreten. So verhält es sich auch bei den verschiedenen Verlaufsarten der multiplen Neuritis. Befunde wie die von Eisenlohr (Neurologisches Centralblatt 1884 No. 7 u. 8) fasst S. dahin auf, dass eine principielle Scheidung der Veränderungen im Rückenmark (Poliomyelitis) und in den peripheren Nerven (multiple Neuritis) überhaupt gar nicht unter allen Umständen gerechtfertigt sei, sondern dass die in Rede stehenden Affektionen unter einen einheitlichen ätio-

logischen Gesichtspunkt — ungefähr wie Rachendiphtherie und Kehlkopfkrup — zu bringen seien. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

9. **James Ross.** A Treatise on the Diseases of the Nervous System.

(2 Bände von je 1023 S. mit zahlr. Lithogr., Photogr. u. 330 Holzschn. 2. verm. u. verb. Aufl.)

London, **J. & A. Churchill,** 1883.

Das Ross'sche Lehrbuch der Nervenkrankheiten hat sich rasch nach seinem Erscheinen in England eingebürgert. Wenn von den 2 stattlichen, reich illustrirten Bänden jetzt zwei Jahre erst nach dem Erscheinen der ersten Auflage, bereits eine zweite nöthig wird, so verdankt das Buch dies der großen Klarheit und Einfachheit, mit der das ungeheure Material der gesammten Nervenkrankheiten hier gesichtet und geordnet vor den Lernenden gelegt wird. Es handelt sich um eine wahre Encyklopädie hier, die auch die allgemeine und specielle Physiologie, die allgemeine und specielle Anatomie und pathologische Anatomie neben der Pathologie enthält. Diese allgemeinen Abschnitte sind so ausführlich gehalten, dass der specielle pathologische Theil, die Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder sehr kurz und koncis bleiben konnte und so wesentlich an einfacher Klarheit gewann.

Das Buch umfasst die Krankheiten des centralen und peripheren Nervensystems, die allgemeinen Neurosen, die nervösen Störungen, welche durch Gifte bedingt werden und schließlich noch ein Kapitel über die febrilen und postfebrilen Nervenkrankheiten. Alles Vorgetragene wird durch reichliche und vorzüglich ausgeführte Illustrationen erläutert. Die Abbildungen im normal anatomischen und im pathologisch anatomischen Theil sind zu einem guten Theile den Werken von Henle, Pitres, Charcot u. A. entnommen, die specielle Pathologie ist durch zahlreiche Original-Holzschnitte, Photographien etc. nach Pat. aufs reichlichste illustrirt.

Überall ist die Litteratur aufs eingehendste berücksichtigt und die Kasuistik in ungemein geschickter Weise so verwerthet, dass nirgends der Eindruck des Überladenen, des Unklaren entsteht.

Verf., der schon so vielfach zum Aufbau der modernen Neurologie beitrug, hat auch in diesem neuen großen Werke zahlreiche eigene Erfahrungen und Beobachtungen niedergelegt, so dass das Buch weit über einer bloß kompilatorisch gearbeiteten Encyklopädie der Nervenkrankheiten steht und sicher seinen Platz in der Litteratur noch lange behaupten wird. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

10. **H. Neumann.** Leitfaden der Psychiatrie für Mediciner und Juristen.

11. Derselbe. Katechismus der gerichtlichen Psychiatrie.

Breslau, **Preuss & Jünger,** 1883. 1884.

Das erste der beiden Bücher giebt in gedrängter Kürze (140 S.) einen Abriss der Psychiatrie. Dass derselbe geistvoll und anregend gehalten ist und sehr interessante psychologische Darlegungen bringt, dafür bürgt schon der Name des Verf.s; aber derselbe lässt auch erwarten, dass die darin entwickelten Ansichten zum Theil von denen der Mehrzahl unserer neueren Psychiater abweichen. Bekannt ist die eigenartige Stellung N.'s zur Klassifikation der Geistesstörungen: außer der progressiven Paralyse — für deren Entstehen er übrigens sexuelle Excesse wohl in zu hohem Grade verantwortlich macht und die er bei Frauen entschieden als zu selten schildert — kennt er nur eine einheitliche Psychose. Hervorzuheben ist ferner seine ablehnende Haltung gegenüber der anatomischen Forschung und sein weitgehender Skepticismus gegenüber der Lehre von der Heredität; auch das No-Restreint erfährt von ihm eine wenig freundliche Beurtheilung.

Das zweite Werk kann als eine Ergänzung des ersteren betrachtet werden, es bringt in spannender Darstellung das Formelle der gerichtlichen Psychopathologie. Bemerkt sei, dass der Verf. sich gegen die Errichtung besonderer Anstalten für geisteskranke Verbrecher ausspricht: mit noch größerem Rechte könnte man auch für Prostituirte, welche geisteskrank würden, besondere Anstalten verlangen. Der Vergleich scheint uns nicht besonders glücklich gewählt.

Strassmann (Berlin).

---

12. **J. Eröss.** Über simulirte Krankheiten bei Kindern. (Beobachtet auf der Abtheilung des Prof. Bókai.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1884. Bd. XXI. Hft. 4.)

Krankheitssimulationen gehören bei Kindern nicht zu den seltenen Erscheinungen. »Wir begegnen oft Fällen, die Monate, ja Jahre hindurch als hartnäckiges Übel aufgefasst und mit der größten Ausdauer behandelt, allen Bemühungen spotten und selbe vereiteln.« Diese Erfahrung bezieht sich auf bedeutende Erkrankungen wie Epilepsie, und andere mit Konvulsionen komplicirte Krankheitsformen, oder Lähmungen, welche zuweilen mit hinlänglicher Treue studirt und inscenirt, der fachkundigen Beobachtung als wahr imponiren. Die Beweggründe der Simulation von Krankheiten basiren meistentheils auf kleinlichen lächerlichen Umständen. Die sog. Schulkrankheiten gehören zu den gewöhnlichsten unschuldigsten Simulationen. Anderer Art sind Simulationen ohne vorhergegangene Erwägung, rein aus üblem Nachahmungstriebe, z. B. bei der Chorea, die man in Erziehungsanstalten, Waisenhäusern bisweilen endemisch auf diese Weise vorzugsweise bei Mädchen auftreten sieht. Eine besondere Neigung zur Simulation setzt die Hysterie, das Individuum wird hier durch

eine bizarre krankhafte Einbildung, durch mehr oder minder intensive Störungen der Psyche gleichsam prädisponirt. Eine große Wichtigkeit kann Verf. der Prädisposition nicht beimessen. Die befördernden Momente der Simulationen finden wir theils in den subjektiven Anlagen des Kindes, theils in den äußeren Verhältnissen. Die Formen der Simulation sind subjektiver und objektiver Natur. Erstere äußern sich in Schmerzen, welche in das eine oder andere Glied verlegt werden, ferner in Funktionsstörungen wirklicher Sinnesorgane (Taubheit, Blindheit). Einige Pat. klagten über Kopfweh, Schmerzen in einer oder der anderen Extremität, über Stiche in verschiedenen Theilen der Brust, Herzklopfen, Athmungsbeschwerden, Magen- und Bauchschmerz, Brustreiz, Ermattung einzelner Glieder inmitten der Arbeit. Bei der objektiven Simulation treten zu Tage beispielsweise klonische Krämpfe der einzelnen Glieder, des Zwerchfells, dann Epilepsie, Lähmungen, Chorea, Erbrechen. Zwischen der zum Simuliren gewählten Krankheit, dem Geschlecht des Kindes und seiner Individualität lässt sich eine gewisse Wechselbeziehung nachweisen. Aufgabe des Arztes ist es, die Simulation zu erkennen und zu entlarven. Geringsten Verdacht erwecken die Klagen subjektiver Natur. Zwei Charakterzüge solcher Simulanten führen auf die richtige Fährte. Der eine ist das stationäre, an Zeit und Umstände gebundene Wiederkehren der Simulation. Der zweite, allen simulirenden Kindern gemeinsame Charakterzug ist Ausfluss der ungenügenden Selbstbeherrschung. Leichter sind jene Simulanten zu überführen, die die objektiven Symptome eines Leidens kennend, dieselben einstudiren und so dem Arzte handgreifliche Erscheinungen mangelhaft vorführen. Die Entlarvung kann nur als vollkommen erachtet werden, wenn das Kind nach seiner Entlarvung die Absichtlichkeit und Beweggründe seiner Handlung eingesteht. Der Spitalaufenthalt erleichtert wesentlich das Handeln des Arztes. Bei freundlichem Entgegenkommen produciren Simulanten in der Regel auf die erste Bitte ihre Krämpfe, und sieht man in den nächsten Tagen das Experiment wiederholen, mit möglichster Fernhaltung der Angehörigen, so bekommt man bald, wenn man ihnen auf den Kopf sagt, dass sie simuliren, eine bejahende Antwort. Die Beichte muss das Kind des moralischen Eindrucks wegen dann weiter den Eltern gegenüber wiederholen. Bei subjektiven Krankheitssymptomen erlangt man öfters nur durch Strenge ein Geständnis. Verf. theilt dann ausführlicher 14 Fälle mit, bei denen krampfhafter Husten, epileptiforme Anfälle, Magenschmerzen und Schmerzen in den oberen Extremitäten während des Strickens, klonische Phrenicuskrämpfe, stechende Brustschmerzen, Neuralgien in den Schläfengegenden, Erbrechen, Husten und in der Brust stechende Schmerzen, Chorea minor, endlich Sehstörungen auf Simulation zurückgeführt werden konnten. Unter den 11 selbst beobachteten Fällen befand sich nur ein Knabe im Alter von 14 Jahren.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

13. **Amédée Chassagne.** Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté.
(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 16, 17, 19, 20.)

Auf Grund sorgfältiger und ziemlich ausführlich mitgetheilter Beobachtungen an 82 Fällen von Abdominaltyphus, von denen er 15 als sehr schwer, 22 als schwer, 20 als mittelschwer und 25 als leicht bezeichnet, plaidirt Verf. für die Anwendung des Secale cornutum in der Typhusbehandlung. Er beobachtete unter dem Einfluss dieser Medikation in der von ihm geleiteten Abtheilung des Militärlazaretts eine Mortalität von 3,7 %, während auf einer anderen Station bei ganz gleichem Krankenmaterial und einer im Übrigen ganz gleichen Behandlung, bei der nur die Anwendung des Secale fortfiel, die Mortalität 15 % betrug. Die Beobachtungen sind sämmtlich an jungen, kräftigen Männern (Soldaten) angestellt. Verf. giebt das Medikament als frisch bereitetes Pulver in einer einmaligen Tagesdosis von 2—3 g mindestens 8 Tage lang während des Höhestadiums des Fiebers. Cyanose des Gesichts, Schweiß, Kälte der Extremitäten beweisen die eingetretene Wirkung des Medikaments, bilden aber an sich noch keine Kontraindikation gegen den Weitergebrauch desselben. Eine unangenehme Nebenwirkung des Mittels ist Erbrechen, das durch Zusatz von Natr. bicarb. zum Pulver bekämpft wird. Gegen Darmblutungen scheint das Mittel gut zu wirken; Nasenblutungen treten bei Anwendung desselben häufig und heftig auf.

Kempner (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

14. **G. Nicolich.** Sulla sclerodermia degli adulte.
(Sperimentale 1883. T. LII. p. 363.)

N. beobachtete 2 Fälle von Sklerodermie bei Erwachsenen.

Der erste Fall betrifft die Tochter eines Arztes, welche im Alter von 26 Jahren 1876 anscheinend von einem akuten Gelenkrheumatismus befallen wurde, nach welchem zwar die unteren Extremitäten wieder ihre Funktionsfähigkeit erlangten, in den Händen aber und im Unterkiefer Steifigkeit der Gelenke, Beugekontraktur der Finger, Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Sehnen zurückblieb, zugleich wurde die Haut der Palma manus rauh und schwielig — ein Zustand, der trotz aller Medikationen noch 1880 fortbestand. Zu dieser Zeit zeigten sich die stärksten Veränderungen der Haut am Gesicht, den Händen und Unterarmen (durch Abbildungen erläutert). Die Haut des Gesichts ist gespannt, ohne Fettpolster, am Kinn und Hals rauh, kaum in Falten zu erheben. An den Armen, besonders am rechten, ist die Haut von dem Ende des oberen Drittels des Unterarms an gespannt und vollkommen fest mit den darunter liegenden Theilen verwachsen, daher nicht zu falten, sie hat ein dunkles Kolorit, fühlt sich kalt und feucht an, wie bei einer Leiche, einzelne lange Haare erheben sich auf der Dorsalseite. Die Fingerkuppen sind rothblau, die Hand in Krallenstellung, alle Finger mit Ausnahme des Daumens vollkommen unbeweglich in Kontraktur, die Beugesehnen stark hervorspringend; an den Fingern hat die Haut ein pergamentartiges Aussehen und es zeigen sich die vielfachen Narben von theilweis noch nicht ganz verheilten Geschwüren.

Außerdem ließ sich als wesentlich noch eine geringe Verminderung der Tast-

empfindlichkeit im Gesicht und an den Händen, unregelmäßige Herzaktion, unreiner erster Ton an der Herzspitze, zweiter Pulmonalton verstärkt, konstatiren. Die Kranke klagt über Schmerzen: Unbeweglichkeit der Hände und Finger, obwohl sie im Stande ist, mit ihrer »Krallenhand« zu schreiben.

N. versuchte gegen diesen schrecklichen Zustand die Massage. Einen Monat lang wurden die Hände und Finger energisch massirt, gestreckt etc., anscheinend mit gutem Erfolg. Denn die Haut wurde wärmer, die Schmerzen verschwanden, die Beweglichkeit der Gelenke besserte sich erheblich, so dass die Kranke sich anzukleiden, zu nähen etc. vermochte. Aber diese Behandlung musste aufgegeben werden, weil sich der Kranken eine außerordentlich starke nervöse Erregung, Schlaflosigkeit, fortwährendes Erbrechen etc. bemächtigte.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine 47jährige ledige Schulvorsteherin. Dieselbe bekam mit 21 Jahren nach einer heftigen Erkältung einen Schmerz in der linken Schläfen- und Ohrgegend, welcher erst in kürzeren, dann längeren Intervallen 2 Jahre andauerte, dann aber zugleich mit einer haselnussgroßen Geschwulst hinter dem linken Kieferwinkel verschwand. Allein nun entwickelte sich eine allmähliche aber fortschreitende Veränderung der Gesichtshaut und 6 Jahre nach Beginn des Leidens traten Schmerzen in den Fingerspitzen, verminderte Beweglichkeit etc. auf. Im Verlauf von 3 Jahren kam es zu einer Kontraktur der Finger, erst des linken Mittelfingers, später der übrigen, die Haut der Finger färbte sich blauroth, die Fingerenden schwollen an, die Nägel bogen sich um, auch am Handgelenk verdickte sich die Haut. Später stellte sich auch an den Unterextremitäten, besonders den Fersen, Schmerzen ein, an der rechten Ferse entstand ein Geschwür, das erst nach 2 Monaten heilte, später eben so eins an der linken Ferse, das erst nach 7 Monaten heilte. Im letzten Winter (1880) waren die Schmerzen in den Fingern und Armen so heftig, dass Pat. nicht schlafen konnte und erst mit der wärmeren Jahreszeit ließen sie nach.

Oktober 1881 konstatirte N. folgenden Zustand: Maskenhaftes Pergamentgesicht mit gespannter, glänzender, unfaltbarer Haut, mit zahlreichen, auf Druck verschwindenden röthlichen Flecken; der nach links und unten verzogene Mund wird von den fest angepressten Lippen nicht verschlossen, so dass die drei übrig gebliebenen unteren Schneidezähne hervorragen, der Unterkiefer ist nur schwer beweglich. Die gleichen Veränderungen der Haut bestehen auch am Halse und an den Händen, die völlig denen im vorigen Falle gleichen, nur fehlt hier jede Behaarung; an der rechten Seite ist das Handgelenk etwas beweglich und der linke Ringfinger ist gestrekt. Die Hautveränderungen sind am stärksten ausgesprochen an den Zeigefingern und den kleinen Fingern, deren Dorsalseiten auch mit kleinen Narben bedeckt sind, die Daumen beider Hände sind beweglich. Die Haut der Hände ist kalt und oft mit Schweiß bedeckt. Die Sensibilität, die übrigen Organe und Funktionen sind normal, nur erbricht die Pat. häufig, besonders des Morgens.

Auch in diesem Falle wurde die Massage in allen Formen und mit gleich gutem Erfolg angewendet. In der kalten Jahreszeit wurden die Hände in einen Pelzmuff gesteckt, in dessen Innern sich eine Messingkugel mit warmem Wasser befand. Allein im Sommer 1882 bildeten sich Geschwüre an beiden kleinen Fingern und Daumen mit heftigen begleitenden Schmerzen, später auch am linken Zeigefinger und an der linken Ferse, welche nur sehr langsam heilten und die Massage unterbrachen, welche erst September 1882 wieder aufgenommen werden konnte. Dieselbe wurde nun noch mehrere Monate fortgesetzt — nur März 1883 bildeten sich an den Fingern einige unbedeutende Geschwüre — und führte zu einer erheblichen Besserung des Aussehens und der Funktionsfähigkeit (durch Abbildungen erläutert).

N. bespricht dann noch in ausführlicher Weise die Pathogenese etc. der in Rede stehenden Krankheit und kommt zu dem Resultat, dass die Sklerodermie eine Entzündung der Haut und des subkutanen Bindegewebes ist, mit Hyperplasie beginnt und in Atrophie der befallenen Hauttheile übergeht. Und zwar ist der entzündliche Process wahrscheinlich Folge einer Tropho-Neurose.

Kayser (Breslau).

15. **C. L. Dana** (New York). On morbid drowsiness and somnolence.

(Journal of nervous and mental diseases 1884. April.)

Verf. bespricht die Bedingungen, unter denen es zu krankhafter Schlafsucht kommt und stellt 49 eigene und fremde Beobachtungen von Lethargie zusammen. Davon waren 11 Epileptische, 22 Hysterische — die restirenden 12 Fälle rubricirt er selbständig als »morbid somnolent neurosis«. Ganz anders aufzufassen ist die Somnolenz in den Fällen, wo sie durch hohes Alter, Arteriosklerose, Fettherz, Diabetes, Malaria, Syphilis etc. bedingt ist. Verf. theilt drei eigene Beobachtungen an Kranken (2 Männer) mit, die weder epileptisch noch hysterisch, nur die Erscheinungen der Neurasthenie darboten und die an periodisch auftretenden Anfällen von Schlafsucht (bis zu fast 24 Stunden täglich) litten. In zwei Fällen trat auf Ruhe und Landaufenthalt Besserung ein. **Thomsen** (Berlin).

16. **Voltolini.** Tuberkulose des Larynx bei einem 5jährigen Kinde (Tuberkelbacillen).

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 24.)

Es gelang V., durch Sekretentnahme aus dem Larynx (mittels Schwamm) auch in diesem Falle schon in vivo durch den Nachweis von Tuberkelbacillen die Diagnose auf Kehlkopftuberkulose zu stellen. Laryngoskopisch hatte V. nur die stark geschwollene Epiglottis zu Gesicht bekommen und wenn dadurch auch der Verdacht auf Tuberkulose begründet war, so gab doch die Sekretuntersuchung erst den Ausschlag. Der Beginn der Erkrankung bei dem 5jährigen Mädchen dokumentirte sich in dem Auftreten von Drüsenpacketen an beiden Seiten des Halses, bald stellte sich Heiserkeit ein, welche schließlich in vollständige Aphonie überging. V. theilt, unter Betonung der großen Seltenheit des Auftretens von tuberkulösen Kehlkopfgeschwüren im kindlichen Alter, die vorstehende Beobachtung mit. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

17. **Gehle.** Über einen Fall von Vergiftung mit Salzsäure. (Aus der Klinik von Herrn Prof. Erb in Heidelberg.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 22.)

Ein 44jähriger Bildhauer nahm aus Versehen bei leerem Magen einen tüchtigen Schluck roher Salzsäure. In den nächsten Stunden und Tagen stellte sich häufiges Erbrechen, zum Theil Blutbrechen ein und Blutabgang mit dem Stuhl.

Nach 14 Tagen war der Zustand wieder um so viel besser, dass Pat. feste Nahrung zu sich nehmen konnte, es stellte sich jedoch bald wieder Erbrechen ein, Pat. nahm an Kräften ab und musste dann eine Zeit lang mit Klystieren ernährt werden. Drei Monate nach der Vergiftung zeigten sich die Erscheinungen einer beträchtlichen Magenvereiterung, es wurden Ausspülungen vorgenommen, aber trotz aller Sorgfalt nahm der Kräfteverfall zu, bis nach weiteren 6 Wochen der Exitus letalis erfolgte. Etwa 14 Tage vor dem Tode konnte man ungefähr 3 cm nach oben und bald nach rechts, bald nach links vom Nabel eine walnussgroße, druckempfindliche Geschwulst bemerken, welche sich in geringem Grade verschieben ließ.

Durch die Sektion wurde die Diagnose der Magendilatation (hervorgegangen aus einer narbigen Pylorusstenose) bestätigt und es stellte sich heraus, dass die in den letzten Wochen vor dem Tode nach oben vom Nabel gefühlte Geschwulst der stenosirte und hypertrophische Pylorustheil war.

Da hier die Magenschleimhaut nur wenig angegriffen war und der Pylorustheil so hochgradige Veränderungen zeigte, so vermuthet G., dass die Säure, nachdem sie in den noch fast völlig leeren Magen gelangt war, hier sofort eine energische Peristaltik auslöste, durch welche sie gegen den zu dieser Zeit geschlossenen Pylorus getrieben wurde, den sie dann zu stärkeren Kontraktionen anregte, durch diese festgehalten, habe sie hier tiefere Zerstörungen der Schleimhaut hervorgerufen, welche später wie das Ulcus ventriculi chron. eine Stenose des Pylorus herbeiführten.

Die Resektion des Pylorus konnte in diesem Falle wegen der raschen Kräfteabnahme des Pat. nicht mehr ausgeführt werden. **Seifert** (Würzburg).

18. L. Fürst. Kasuistische Mittheilungen aus der Kinderpoliklinik zu Leipzig.

(Archiv für path. Anatomie u. Physiologie Bd. XCVI. Hft. 3.)

1) Allgemeiner Fingernagelwechsel bei einem ½jährigen Kinde. Das von Syphilis und Skrofulose freie Kind hatte früher an schweren Krämpfen gelitten, bei denen die Hände oft Tage lang festgeschlossen blieben. Fast alle Nägel zeigen nun mehr oder weniger entsprechend dem ersten Drittel des Nagels eine sehr scharf markirte, quer verlaufende Linie; das vordere Stück des Nagels ist etwas erhabener, grauer und härter; das centrale zarter, weicher, rosiger. Einige Wochen später sind an einzelnen Fingern die peripheren Nageltheile abgefallen, und die centralen Theile weiter vorgerückt. Es handelt sich also um einen wirklichen Wechsel der Nägel, der möglicherweise verursacht worden ist durch die Ernährungsstörung bei der krampfhaften Tage langen Kontraktur der Finger.

2) Hypertrichosis universalis mit Hypertrophie der Kieferalveolarränder. Der sehr interessante Fall betrifft ein 6jähriges Mädchen aus sonst völlig intakter Familie. Die Behaarung trat gleich bei der Geburt auffallend hervor, entwickelte sich aber hauptsächlich erst in den ersten Wochen nach der Geburt und zwar bilateral-symmetrisch. Die Behaarung findet sich sowohl im Gesicht, als auf dem Stamm und den Extremitäten; Haupthaare, Cilien und Schamhaare sehr dick und reichlich. Mehrere gute Illustrationen sind beigefügt. Kombinirt ist diese Haar-Anomalie mit einer Hypertrophie der Kiefer-Alveolarränder.

3) Exquisite Wachsthumshemmung bei Hydrocephalus chronicus. 13¾ Jahre altes Mädchen; Körperlänge 81 cm; Schädelumfang 50,5 cm, Stirnfontanelle noch offen. Ziemlich starke Fettentwicklung am Körper; Beine atrophisch, Perception von Sinneseindrücken gering, Intelligenz entsprechend etwa der eines 1½jährigen Kindes. Verf. sah das Kind später als es 16 Jahre alt war, aufs Neue, und konnte konstatiren, dass es auf derselben niedrigen Wachsthumsstufe stehen geblieben war. **M. Cohn** (Hamburg).

19. Brosin. Kongenitales Nierensarkom mit quergestreiften Muskelfasern.

(Archiv für path. Anatomie u. Physiologie Bd. XCVI. Hft. 3.)

Der vorliegende Fall (der siebente, der bis jetzt publicirt worden ist) betrifft einen 3 Jahre alten Knaben, der in den letzten zwei Jahren bei zunehmender Abmagerung starke Schwellung des Abdomen zeigte; auch soll im letzten Jahre im Abdomen eine harte Geschwulst fühlbar gewesen sein. Bei Lebzeiten des Kindes hat eine ärztliche Beobachtung nicht stattgefunden.

Die Sektion zeigte einen großen harten Tumor, welcher der linken Niere aufsaß, deren Form er im Großen wiederholte. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte der Tumor sarkomatöse Struktur; an allen Stellen aber, wo das Bindegewebe des Stroma aus kernarmen Fibrillen gebildet wird, sind quergestreifte Muskelfasern eingestreut. Oft bilden die Muskelfasern auch größere Gruppen und durchkreuzen sich sehr mannigfaltig.

Sämmtliche bisher veröffentlichten Fälle von Nierensarkom dieser Art betreffen Kinder in den ersten Lebensjahren; das jüngste war 7, das älteste 39 Monate alt. Bei dem allmählichen Wachsthum der Geschwulst scheint die Cohnheim'sche Annahme, dass es sich um kongenitale Neubildungen handele, wohl begründet. **M. Cohn** (Hamburg).

Druckfehler. In No. 29 Z. 19 v. o. lies: Zenker statt: Zucker.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 32. Sonnabend, den 9. August. **1884.**

1. A. Gautier. Synthèse de la Xanthine.

(Bull. de l'acad. de méd. 1884. No. 25.)

Erhitzt man verdünnte Blausäure mit Essigsäure im zugeschmolzenen Rohre auf 140—150°, so erhält man Xanthin und Methylxanthin. G. drückt den Verlauf der Reaktion durch folgende Gleichung aus: $11 HCN + 4 H_2O = 25 \underset{\text{Xanthin}}{C_5H_4N_4O_2} + \underset{\text{Methylxanthin}}{C_6H_6N_4O_2} + 3 NH_3$.

Bei dem Interesse, welches die Körper der Xanthingruppe vom physiologischen Standpunkte aus beanspruchen, ist der Aufbau dieser Stoffe außerhalb des Organismus aus ihren Elementen von größter Bedeutung. G. scheint aber doch zu weit zu gehen, wenn er diese Synthese des Xanthin als den ersten entscheidenden Schritt zur künstlichen Darstellung der Eiweißstoffe betrachtet und annimmt, dass

die Körper der Xanthingruppe »den inneren Kern und gewissermaßen das Skelett der Proteinsubstanzen« bilden.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. **F. Strassmann.** Über Tuberkulose der Tonsillen. (Aus dem pathologischen Institut zu Leipzig.)

(Virchow's Archiv 1884. Bd. XCVI. Hft. 2.)

Gegenüber der Annahme, dass die Tuberkulose in den Tonsillen sich nur selten lokalisirt, theilt S. mit, dass er unter 21 Fällen von Tuberkulose überhaupt die Tonsillen 13mal ohne Betheiligung des Rachens und Gaumens mit miliaren Tuberkeln durchsetzt fand, die freilich erst bei sorgsamer mikroskopischer Untersuchung sich zeigten. In allen positiven und 2 negativen Fällen handelte es sich um Tuberkulose der Lungen, während bei den 6 übrigen letztere theils frei, theils erst eben sekundär ergriffen waren. Es scheint daraus zu folgen, dass Infektion mit phthisischem Sputum die Bedingung für die Erkrankung der Tonsillen bilde.

Posner (Berlin).

---

3. **Sasaki** (Tokio). Über Veränderungen in den nervösen Apparaten der Darmwand bei perniciöser Anämie und bei allgemeiner Atrophie. (Aus dem pathologischen Institut zu Straßburg.)

(Virchow's Archiv 1884. Bd. XCVI. Hft. 2.)

Verf. glaubt die »gastro-intestinale Form« der perniciösen Anämie auf anatomische Läsionen der nervösen Gebilde des Darmtractus beziehen zu dürfen: er fand in einem Falle der Art Sklerosirungen der Ganglienzellen mit endlichem Zerfall derselben, Verschmälerung der Nervenfasern und sehr reichliche glänzende, homogene Körperchen mit den Charakteren des Hyalin im Auerbach'schen wie im Meissner-schen Plexus; in einem zweiten überwog die fettige Degeneration, die sich auch auf die Muskeln erstreckte. Bei lokalisirten Affektionen des Darmes (Typhus, Katarrh etc.) zeigten sich in manchen Fällen ähnliche Degenerationen, aber nur auf die Nachbarschaft der erkrankten Stellen beschränkt; S. glaubt demgemäß, dass dem erstgeschilderten Befunde eine neurotische Atrophie des ganzen Darmtractus zu Grunde liegt, die ihrerseits die allgemeinen Ernährungsstörungen zur Folge hatte.

Posner (Berlin).

---

4. **Darier.** Die elektrische Reaktion der Nervi optici als Mittel zur Differentialdiagnostik zwischen einfachen Amblyopien und Sehnervenatrophien.

(Bull. et mém. de la soc. franç. d'ophthalmologie 1884. p. 83.)

D. suchte (wie schon 1877 Abadie's Schüler Rigault) zu ermitteln, ob in der galvanischen Lichtreaktion ein Hilfsmittel zur

Unterscheidung »einfacher« (insbesondere toxischer, kongenitaler und hysterischer) Amblyopien von den degenerativen Atrophien des Opticus gefunden werden könne. Zu dem Zweck bediente sich D. einer kleinen Batterie von 8 oder 9 Elementen Rheostat, und einer »sehr empfindlichen«, die Abschätzung von $^1/_{10}$ M. Amp. gestattenden Boussole; der positive Pol (Platte von 4—5 cm) wurde in der Mitte der Stirngegend in gleichem Abstande von beiden Augen aufgesetzt und durch ein Kautschukband angedrückt erhalten; der negative, in Olivenform, lag dem oberen und äußeren Abschnitte des zu reizenden Bulbus derartig an, dass er seine Stütze an der Orbitalwand hatte. D. benutzte dann erst einen Strom von mehreren Elementen, welcher deutliche Lichterscheinung zur Folge hatte (»Reaktion R_1«) und schwächte die Stromstärke langsam ab, bis der Strom auf der Haut fast keine Empfindung mehr hervorrief, und nur bei der Schließung, nicht aber bei der Öffnung ein schwacher Lichtschein eintrat. Diese Reaktion bezeichnet D. als R_2 und betrachtet sie als die einzig gültige; sie erfordert bei gesunden Personen niemals mehr als $^1/_{10}$ M. Amp. oder einen Strom von 1—2 Elementen. Eben so verhält es sich nun auch bei den oben genannten »einfachen« Amblyopien; dagegen sind bei Opticus-Atrophien (Sklerose in Verbindung mit Rückenmarkserkrankung, neuritische oder durch Embolie, Hämorrhagie, Glaukom etc. bedingte Atrophie) stets weit stärkere Ströme von 3—8 Elementen oder einer Nadelablenkung von 3 bis selbst zu 100 Zehntel M. Amp. (= 10 M. Amp.!) nothwendig. D. glaubt daher, dass die elektrische Opticus-Reaktion berufen sei »der Ophthalmologie wichtige Dienste zu leisten«, indem sie in zahlreichen Fällen zur Sicherung der Diagnose und Prognose wesentlich beitragen könne. Für die prognostische Bedeutung werden u. A. zwei Beobachtungen angeführt; in dem einen (Anämie, multiple Netzhauthämorrhagie; Sehschärfe = 1) war die Opticus-Reaktion sehr schwach, 1 Monat später Sehschärfe = $^1/_3$; in dem anderen (Sehschärfe = $^1/_{25}$, doppelseitige Stauungspapille durch Tumor) war die elektrische Reaktion normal, 1 Monat später nach angewandter specifischer Behandlung Sehschärfe = 1.

Zu dem Vorstehenden erlaubt sich Ref. Folgendes hinzuzufügen. Es ist bedauerlich, dass die immerhin anregenden Beobachtungen von D. nicht mit genauerer Kenntnis (und Zuhilfenahme der elektrodiagnostischen Untersuchungsmethoden gemacht sind, wodurch die Angaben augenscheinlich an Werth und Brauchbarkeit sehr verlieren. Indem D. u. A. die »indifferente« positive Elektrode (wie er sich ausdrückt) auf die Mitte der Stirn aufsetzte, die negative am Bulbus selbst applicirte, konnte er von vorn herein nur zu einseitigen und zu unreinen Resultaten gelangen. Jeder, der sich mit Opticus-Reaktionen beschäftigt hat, weiß, dass dieser durch große galvanische Erregbarkeit überhaupt ausgezeichnete Nerv durch Schließung und Öffnung mit der Anode noch leichter erregt wird, als durch solche mit der Kathode und dass er insbesondere auch auf negative Inten-

sitätsschwankungen des Stromes in äußerst empfindlicher Weise reagirt; dass aber ferner qualitative Verschiedenheiten der Lichtwahrnehmung zwischen K. S. und A. O. einerseits, A. S. und K. O. andererseits bestehen. Diesen letzteren, insbesondere durch Brenner erhärteten wichtigen Umstand hat D. vollkommen vernachlässigt; er hat sich um die Ermittelung des Zuckungsgesetzes, resp. der pathologischen Abweichungen davon überhaupt nicht gekümmert — dagegen wird er es, seiner Versuchsanordnung gemäß, wohl immer mit überwiegender Kathodenwirkung zu thun haben müssen, wodurch sich vielleicht die anscheinende Prävalenz der Schließungsreaktion vor der Öffnungsreaktion (s. oben) erklärt. Übrigens geht aus D.'s Angaben nicht hervor, dass er sich eines absoluten Einheitsgalvanometers zum Ablesen der Stromstärke bediente, sondern es scheint die letztere empirisch auf Grund der beobachteten Nadelablenkungen ermittelt zu sein; die Richtigkeit dieser Ermittelungen dürfte sehr prekär sein; es muss jedenfalls auffallen, dass 8 Elemente (am Kopfe) Ströme bis zu 10 M. Amp. geliefert haben sollen und dass Ströme von letzterer Stärke an dieser Untersuchungsstelle überhaupt vertragen wurden!

A. Eulenburg (Berlin).

---

5. **Jakoby** (New York). The neurotic disturbances after joints affections.

(Journal of nervous and mental disease 1884. April.)

Auf Grund von 30 Beobachtungen von (meist traumatischen) Arthritiden der großen und kleinen Gelenke, zu denen sich in der Folge Störungen an dem gesammten betreffenden Gliede gesellten, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) In allen Fällen (excl. Hand- und Fußgelenk) werden zuerst die Extensoren des betreffenden Gelenkes afficirt.

2) Bei Läsionen des Fuß- und Handgelenkes ist die Muskelaffektion eine absteigende, keine aufsteigende und die Extensoren werden in gleicher Weise wie die übrigen Muskeln betheiligt.

3) Im Falle von Arthritis der Fingergelenke werden die Interossei zuerst und am meisten afficirt.

Die nervösen Erscheinungen nach Arthritis betreffen die Motilität, die Sensibilität und die Ernährung.

Das erste Symptom ist eine Paralyse resp. Parese der Extensoren mit Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten, aber ohne Entartungsreaktion — dieselbe stellt sich oft schon sehr früh (3 Tage nach der Verletzung) ein. Bald folgt die Muskelatrophie mit entsprechender Hypertrophie des intermuskulären und subkutanen Gewebes. Keine Kontrakturen.

Die gleichzeitigen Sensibilitätsstörungen (meist Herabsetzung — seltener Steigerung — und Neuralgie) so wie die Reihenfolge der Erscheinungen (Parese vor der Atrophie) bilden ein differentialdiagnostisch wichtiges Moment gegenüber der progressiven Muskel-

atrophie. Hinsichtlich der Theorie schließt sich der Verf. unter Zurückweisung der anderen Hypothesen (Atrophie und Paralyse in Folge des Druckes seitens des Gelenkkopfes oder des Verbandes und aus Nichtgebrauch) der Ansicht Charcot's an, dass in Folge der Arthritis in dem nervenreichen Gelenkapparat eine Neuritis entsteht, welche auf das Rückenmark übergreifend dort eine Störung der Centren für die Motion und Nutrition der Muskeln bewirkt.

Therapeutisch empfiehlt Verf. lokale Manipulationen (Massage) und die Elektricität resp. eine Kombination beider Kurmethoden.

Thomsen (Berlin).

---

6. **Crothers.** Inebriate Automatism.

(Journ. of nervous and mental science 1884. April.)

Der »trunkfällige Automatismus« kommt nach Verf. unter drei Formen vor.

Entweder die betreffenden Individuen benehmen sich durchaus geordnet wie immer, oder sie zeigen ein ihrem sonstigen Charakter durchaus widersprechendes Verhalten, oder aber es besteht eine triebartige Neigung zu kriminellen Handlungen gegen das Leben und Eigenthum Anderer. In allen Fällen besteht aber eine völlige Amnesie (»blank of conscience, trance«) für die betreffende Periode. Während meistens das Stadium des Automatismus mit excessivem Alkoholgenuss einhergeht, resp. demselben folgt, geht es zuweilen der Periode des maßlosen Trinkens vorauf.

Die Anfälle von Automatie können sich später, ohne weiteren Alkoholmissbrauch (z. B. im Gefängnis) in verschiedener Stärke und Dauer wiederholen. Verf. betont die gerichtlich-medicinische Bedeutung dieser Zustände von Automatismus. **Thomsen** (Berlin).

---

7. **Hartmann.** Über Geistesstörungen nach Kopfverletzungen.

(Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XV. Hft. 1.)

Auf Grund eines reichlichen Materials (138 Fälle von Geistesstörungen nach Schädelverletzung) kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das traumatische Irresein ist keine specifische nosologische Form.

2) Dasselbe hat aber bestimmte Eigenthümlichkeiten im Verlauf und Ausgang.

3) Die primär-traumatische Psychose schließt sich direkt an das Trauma an und verläuft entweder als primäre Demenz oder als primäre Tobsucht, periodisch oder kontinuirlich, mit oder ohne Krämpfe. Gleichzeitige Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen (auch der Sinnesorgane) sind auf traumatische Läsionen zurückzuführen.

4) Die sekundär-traumatische Psychose, in deren Vorläuferstadium psycho-cerebrale Anomalien und sensorielle, sensible und motorische Störungen die Kontinuität herstellen, trägt von vorn herein den Charakter der Demenz (oft der Dementia paralytica).

5) Zu den sekundären Psychosen gehören die traumatische Epilepsie und die Reflexpsychosen.

6) Die Prognose ist relativ günstig bei den primären und Reflexpsychosen, ungünstig bei den sekundären Psychosen.

7) Art und Ort des Trauma zeigen keinen Einfluss auf die spätere Psychose.

8) Das Vorhandensein von Kommotionserscheinungen begünstigt zwar das Zustandekommen der späteren Psychose, ist aber keine Vorbedingung.

9) Kopfverletzungen hinterlassen für viele Jahre eine Invalidität des Gehirnes, die sich bei Konkurrenz ätiologischer Momente (Prädisposition Alkohol, psychische Aufregungen) zur Psychose steigern kann.

10) Posttraumatische Epilepsie trübt die Prognose.

11) Das männliche Geschlecht und mittlere Lebensalter prävalirt naturgemäß.

12) Die Zeit zwischen Trauma und Ausbruch der Psychose ist von sehr schwankender Dauer.

13) Der Kausalnexus zwischen Trauma und Psychose ist nur bei den primären und Reflexpsychosen sicher anzunehmen. Im Übrigen muss der Nachweis eines kontinuirlichen Zusammenhangs der Psychose mit den seit dem Trauma aufgetretenen nervösen und psychocerebralen Veränderungen gefordert werden. Vorläufer sind besonders Schwachsinn, moral insanity, abnorme Reaktion gegen Alkohol und psychische Eindrücke.

14) Pathologisch-anatomische Merkmale hat die traumatische Psychose nicht.

Thomsen (Berlin).

---

8. **Rank** (Stuttgart). Über den therapeutischen Werth des Antipyrin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 24.)

9. **Falkenheim.** Zur Wirkung des Antipyrins.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 24.)

R. fand zwar bei seinen Versuchen mit Antipyrin, dass dasselbe bei allen fieberhaften Krankheiten (Pneumonie, Pleuritis, Typhus, akutem Gelenkrheumatismus, Erysipel, Tuberkulose) ein sicher und prompt wirkendes Antipyreticum sei, dass aber hier und da, besonders bei empfindlichen Frauen, Erbrechen auftrete. Dieser unangenehmen Nebenwirkung suchte er zu entgehen durch subkutane Anwendung des Antipyrins, das sich in heißem Wasser im Verhältnis von 1 : 0,5 löst und auch beim Erkalten der Lösung nicht ausfällt. Die Injektionen mit einer solchen Lösung wurden in die Glutäalgegend gemacht und bewirkten außer einer leichten, vorübergehenden Schmerzhaftigkeit der Einstichstelle keine weiteren örtlichen Erscheinungen. Durch die subkutane Anwendung tritt ein stärkeres und rascheres

Sinken der Temperatur ein, als beim innerlichen Gebrauch und es genügen auch kleinere Dosen, für gewöhnlich eine einmalige von 2 g.

F. berichtet über die auf der Naunyn'schen Klinik mit Antipyrin gemachten Versuche, welche die Angaben von Filehne und Guttmann bestätigen. In der Regel sank die Temperatur nach der ersten Dosis (2 g) in der ersten Stunde um etwas über $^1/_2$°, in einigen Fällen um weniger, in anderen um mehr, der Abfall nach der 2. Dosis (2 g) betrug gleichfalls $^1/_2$—1°. Mitunter blieb der Effekt des Mittels bis nach Verabreichung der 3. Dosis (1 g) aus, um dann erst einzusetzen. Mit der Temperaturherabsetzung ging eine Erniedrigung der Pulsfrequenz einher. Außer Brechneigung kamen keine üblen Nebenerscheinungen zur Beobachtung.

In 5 Fällen von Intermittens versagte das Mittel vollständig, ein Pat. bekam in 24 Stunden 25 g, ohne dass sich eine Wirkung des Mittels konstatiren ließ.

Seifert (Würzburg).

---

10. A. de Giovanni. Una formola antifebbrile.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 39 u. 40.)

G. schlägt folgendes Recept bei inter- oder remittirendem Fieber verschiedener Herkunft vor, in Fällen, wo die sonstigen Fiebermittel versagen:

Ergotin	0,6—1,0
Tinct. Valerian.	12,0—15,0
Aqu. destill.	100,0

Dies ist in einem Tage besonders während der Zeit des Fiebernachlasses zu verbrauchen event. längere Zeit hindurch. G. wird hierbei hauptsächlich von der Erfahrung geleitet, dass bei der Bekämpfung des Fiebers häufig eine Einwirkung auf das Nervensystem von Wichtigkeit ist; er ist übrigens kein Freund theoretischer Deduktionen, sondern steht auf rein klinisch-empirischem Standpunkte.

Kayser (Breslau).

---

11. Delthil. D'un traitement spécifique de la diphthérie.

Paris, **Lauwereyns**, 1884.

Mit großer Emphase, die stellenweise an Charlatanerie grenzt, empfiehlt Verf. als unfehlbares Heilmittel bei der Diphtherie ein Gemenge von 200 g Theer und 60 g Terpentin, welches in dem Krankenzimmer angezündet werden soll. Diese Procedur wird je nach der Schwere des Falles alle 2—3 Stunden wiederholt. Die sich entwickelnden Dämpfe sollen die diphtherischen Membranen rasch und sicher lösen, selbst wenn dieselben tief in der Trachea sitzen; sie sollen, im Beginn der Krankheit in Anwendung gezogen, die Krankheitsverbreitung hemmen, sollen die ausgebreitete Krankheit, selbst nach bereits ausgeführter Tracheotomie, zum Stillstand bringen; sie sollen ferner auch prophylaktisch wirken und sich zur Desinfektion öffentlicher Gebäude empfehlen (hierfür fehlt jede Angabe der Gründe),

schließlich endlich sollen die Dämpfe, welche das Zimmer und die darin Befindlichen völlig schwärzen, sowohl von dem Kranken, als auch von seiner Umgebung ohne jede Beschwerde ertragen werden. (Letzterer Angabe muss Ref. aus eigener Erfahrung widersprechen; Theerdämpfe rufen sehr heftigen Hustenreiz hervor und sind desshalb als Inhalationsmittel schon vor längerer Zeit aufgegeben worden; somit fehlt also dieser Medikation auch der Reiz der Neuheit.)

Zwei skizzenhafte Krankengeschichten dienen nicht gerade dazu, das Vertrauen zu dem therapeutischen Vorschlage des Verf. zu erhöhen.

M. Cohn (Hamburg).

---

12. **G. E. Dobson.** Notiz über die Behandlung des Schnupfens.

(Lancet 1884. I. p. 978.)

Dringende Empfehlung der Dämpfe von heißem Wasser, das über Kampher gegossen wird, gegen Schnupfen. Der Pat. soll aus einer weiten, das ganze Gesicht aufnehmenden Düte so athmen, dass die Inspiration den Kampherdampf in die Nase, die Exspiration ihn über das Gesicht bringt, welches bald stark schwitzt. Alle drei Stunden soll 15 Minuten lang so inhalirt werden. 5 Applikationen reichen meist aus.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

13. **J. B. Yeo** (London). Lecture on the treatment of acute nasal catarrh.

(Med. times and gaz. 1884. Juni 7.)

Der akute Schnupfen, dessen Behandlung im Allgemeinen eine so undankbare Aufgabe ist, wird vom Verf. namentlich in therapeutischer Beziehung eingehend erörtert.

Prophylaktisch empfiehlt er regelmäßig fortgesetzte kalte Duschen oder kalte Übergießungen und Abreibungen; vielleicht noch wirksamer ist nach ihm ein mehrwöchentlicher Aufenthalt im Hochgebirge, besonders im Engadin, demnächst ein Aufenthalt am Meere. Die eigentliche (medikamentöse) Behandlung scheidet er in eine allgemeine und lokale. Zu ersterer gehört vor allen Dingen die Darreichung kleiner Dosen von Opiaten ev. Opium selbst, wegen ihres »günstigen Einflusses auf die kapilläre Cirkulation«; ferner, bei trockner Nase und Druck in den Stirnhöhlen, die Anwendung diaphoretischer Mittel (essigsaure Salze) ev. ebenfalls mit Opiumzusatz; bei Neigung zu Fieber Chinin, etwa 0,1 mehrmals täglich, gelegentlich auch mit großem Vortheil kleine Dosen Akonitin. Lokale Behandlung ist zwar meist nicht nöthig und passt im Allgemeinen mehr für die chronischen Formen, kann aber zuweilen vortheilhaft und für den Pat. angenehm sein. Applikation schwach alkalischer Lösungen (z. B. Emser Wasser), entweder allein oder mit nachfolgender Bepinselung mit Adstringentien (Alaun, Tannin; empfehlenswerth sind Lösungen von Tannin in Glycerin), und namentlich auch die Anwendung der

genannten Mittel auf die Choanen vom Rachen her wirken mitunter sehr günstig. Ausspülen des Mundes resp. Gurgeln mit Eiswasser vor Tische und vor dem Schlafengehen sind gleichfalls mitunter empfehlenswerth.

Über eine etwaige abortive Behandlung äußert Verf. sich gar nicht. **Küssner** (Halle a/S.).

---

14. **J. Grünfeld.** Behandlung des chronischen Trippers.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1884. April. p. 145—159.)

Eine gleich bündige und klare wie dankenswerthe Anweisung zur planmäßigen Untersuchung und Behandlung chronisch tripperkranker Männer, welcher der Hinweis auf die vom Verf. bekanntlich seit längerer Zeit vertretene (aber keineswegs allgemein acceptirte) Ansicht vorangeht, dass der chronische Tripper nur ein Kollektivname für eine ganze Reihe differenter, verschiedentlich lokalisirter Krankheitsformen darstellt, wie die Urethritis simplex, granulosa, trachomatosa, herpetische, ulceröse, durch Narbenbildung, Epithelialauflagerungen, Polypen etc. bedingte Formen.

Zunächst ist das gelieferte Sekret makro- und mikroskopisch zu untersuchen — die Menge des Eiterbestandtheils steht in geradem Verhältnis zur Schwere des Falles — weiterhin der Harn, insonderheit der in ihm enthaltenen Tripperfäden. Die instrumentelle Durchmusterung der Harnröhre schließt sich an die Untersuchung der äußeren Genitalien und der Prostata an. Verf. ist der Meinung, dass hier die Anwendung des Endoskopes die Sondirung der Urethra überflüssig mache.

Die Behandlung selbst ist, bei aller Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, nur eine direkte, topische. Auch hier steht die urethroskopische Methode, bei welcher das Auge die sichere Führung übernimmt, über der Applikation der Medikamente mittels Spritzen und Arzneimittelträger.

Für die Urethritis granulosa mit succulentem Gewebe eignet sich als Ätzmittel in erster Linie 10%ige Höllensteinlösung, in zweiter das schwefelsaure Kupfer in Substanz (dieses namentlich bei Urethritis trachomatosa) event. Jodjodkaliumglycerin (0,1—0,2 : 1,0 : 15,0 bis 20,0). Die diffuse Urethritis an und für sich verlangt vor der Applikation der Ätzmittel schwache adstringirende Einspritzungen.

Da wo die Gelegenheit zu endoskopischer Applikation fehlt, treten Spritzeninjektionen, Urethralstäbchen, die Sondenkur in ihr Recht. Vor der Injektion koncentrirter Lapislösung ist zu warnen. Sehr richtig bemerkt G., dass die eingesalbten Instrumente sich beim Einführen in die Harnröhre schleunig abstreifen und kaum eine Spur des arzneilichen Stoffes an die gewünschte Stelle gelangen lassen.

Torpide Ulcerationen verlangen vor Allem Touchirungen mit Lapis in Substanz.

Die sehr hartnäckigen Epithelialauflagerungen kontraindiciren die

Ätzmittel und Adstringentien; hier empfehlen sich besonders Pinselungen mit dem oben erwähnten Jodjodkaliumglycerin.

Eine definitive Heilung der »weichen Strikturen« wird durch Dilatation mit nachfolgender Kauterisation erzielt (ein Verfahren, das bekanntlich bereits Auspitz vor einem halben Jahrzehnt vorgeschlagen, nachdem er die Bedeutung dieses pathologischen Zustandes als Vorstadiums callöser Strikturen kennen gelehrt). Die Rétrécissements im engeren Sinne erfordern natürlich ihre Eigenbehandlung.

Polypöse Exkrescenzen, ein anscheinend nicht so seltenes und nur durch das Endoskop mit Sicherheit zu erschließendes Vorkommnis, sind operativ zu beseitigen. Jahrelange Tripper können dann innerhalb weniger Tage dauernd heilen. Der Katarrh der Pars prostatica endlich verlangt energische endoskopische Ätzung oder die Applikation adstringirender Lösungen mittels des Ultzmann'schen Irrigationskatheters, während bei der Hypertrophie des Samenhügels Bepinselungen mit reiner Jodtinktur bezw. systematische Sondenkuren passen. Stets ist streng zu individualisiren. (Ref. vermisst besonders eine nähere Berücksichtigung der belangreichen Untersuchung der Urethra mit der Knopfsonde und der sehr wirkungsvollen und auf das Bequemste mit Hilfe geeigneter Porte-remèdes zu bewerkstelligenden Lokalbehandlung der Pars nuda und prostatica mit medikamentösen Kakaobutter-Bacillen, um so mehr, als die Zahl der Endoskopiker noch eine sehr beschränkte und die meisten Urethroskope, in sachkundiger und geübter Hand von hohem Werthe, als Gemeingut der Ärzte zunächst noch ihr Bedenkliches haben dürften.)

Fürbringer (Jena).

---

15. Verhandlungen des III. Kongresses für innere Medicin.

1. Sitzung. 21. April 1884 (Vormittags).

Referent: Jürgensen, Korreferent: A. Fränkel. Über die genuine Pneumonie.

Die ätiologische Experimentalforschung liefert uns den direkten Beweis für die schon vor längerer Zeit vom Ref. aufgestellte Behauptung, dass die Pneumonie eine Infektionskrankheit sei, indem sie uns den Mikroorganismus gezeigt hat, der sie erzeugt. Mit dem Nachweis des Pneumoniecoccus sind jedoch noch nicht alle Fragen gelöst, insbesondere nicht die, welcher Einfluss der Erkältung, dem Lebensalter, den meteorologischen Verhältnissen zukommt, wenn auch gerade für den letzteren Punkt die Arbeit Keller's erklärend gewirkt hat, in so fern man annehmen kann, dass ein Übermaß von Feuchtigkeit der Entwicklung der Mikroorganismen hinderlich ist und das Aufsteigen derselben in die Luft erschwert. Während von Pandemien nirgend berichtet werden kann, häufen sich mehr und mehr die Beobachtungen über örtlich beschränkte Epidemien, die erweisen, dass die Örtlichkeit neben den individuellen Dispositionen bei der Entwicklung und Ausbreitung der Pneumonien einer der beherrschenden Faktoren ist. Die Frage, ob das Gift der Pneumonie unmittelbar von einem Menschen auf den anderen übertragen werden kann, ist zur Zeit noch schwer zu entscheiden. In Bezug auf die Frage nach der Einheit oder Mehrheit des pneumonischen Giftes neigt sich Ref. zur Annahme der Einheit des Pneumonie erzeugenden Mikroorganismus.

Die Lungen und die Pleura stellen den geeignetsten Nährboden für das Gift

dar, doch kann das mit dem Blute kreisende Gift auch anders wo zur Entwicklung kommen, vielleicht häufiger als man meint (Hirn, Leber, Nieren, Verdauungskanal). Die Eigenthümlichkeit der Pneumonie, dass die Einwirkung des Giftes sich nicht allmählich in gleichmäßig fortschreitender Entwicklung sondern in Schüben, stoßweise vollzieht, dürfte vielleicht durch den Wechsel zwischen Untergang einer, Neubildung einer weiteren Generation der Mikroorganismen am einfachsten zu erklären sein.

Klinisch hält J. die Eintheilung in 3 natürliche Gruppen für zweckmäßig: die allgemeine Infektion, die Beeinträchtigung des Herzens, endlich die der Lungen. Da ein specifisches Mittel gegen Pneumonie nicht bekannt ist, so haben wir uns bei der Behandlung an die Symptome zu halten. Am meisten Gewicht legt Ref. auf die Kräftigung des Herzens, die durch ausgiebige Ernährung und reichliche Weinmengen geleistet werden kann.

Der Korref. skizzirt zunächst den Standpunkt unserer gegenwärtigen Kenntnisse von dem Verhalten des Peumoniemikrococcus. Bekanntlich waren von Friedländer, der zuerst Reinkulturen dieses Mikroben ausgeführt hat, mehrere Eigenschaften als charakteristisch für denselben bezeichnet worden, so die Besonderheit des Wachsthums in der Kultur — nagelförmige Erhebung über die Oberfläche der Gelatine —; ferner das Vorhandensein eigenthümlicher, bei der Färbung sichtbar werdender, Kapseln um die Kokken; drittens die Übertragbarkeit auf Meerschweinchen und Mäuse, während Kaninchen absolut refraktär sein sollten. Die eigenen Untersuchungen des Korref. widersprechen zum Theil dieser von Friedländer aufgestellten Charakterisirung. Zuvörderst konstatirte derselbe auf Basis von drei Fällen, in denen ihm die Züchtung des Mikroben gelang, dass das nagelförmige Oberflächenwachsthum der Kokken jedenfalls als nicht zur Regel gehörig zu betrachten ist, indem es in zweien der Kulturreihen gänzlich fehlte, in der dritten nur zu Anfang, d. h. vorübergehend auftrat. Ferner ergaben Übertragungsversuche auf verschiedene Thiere, dass auch Kaninchen unter Umständen außerordentlich empfänglich für das Virus sind, während sie andere Male allerdings vollkommen refraktär sich verhielten. Es ist diese Differenz aber keine rein zufällige, sondern sie geht durch alle Kulturen ein und derselben Reihe hindurch, so dass geschlossen werden kann: der Krankheitserreger, wie er aus der menschlichen Lunge auf dem Wege der Kultur gewonnen wird, weise nicht immer dieselbe Beschaffenheit auf. Was die von Friedländer beschriebene Kapselfärbung betrifft, so ist auch sie kein durchgreifendes Charakteristikum der Pneumoniemikrokokken, in so fern auch andere Mikroorganismen dieselbe darbieten. Speciell fand der Vortr., dass in der Mundhöhle des gesunden Menschen häufig ein Coccus vorkommt, welcher in Form und Anordnung den Pneumoniemikrokokken sehr ähnlich, auf Kaninchen übertragbar ist und im Blute derselben von einer ganz gleichen, eben so breiten Gallertkapsel umgeben erscheint, wie jene Pilze. Daraus folgt zugleich mit Bestimmtheit, dass die Ansicht derjenigen Autoren unrichtig ist, welche glauben, man könne die Pneumoniemikrokokken an ihrer Kapselfärbung bereits im Sputum als solche erkennen und welche das für ein diagnostisches Erkennungsmittel der Krankheit verwerthen möchten. Interessant ist endlich, dass dieser Mikrobe der Sputumseptikämie, wenn man ihn zunächst aus dem Kaninchenblut in Kalbsbouillon verpflanzt und in dieser eine Zeit lang vegetiren lässt, eine solche Zunahme seiner Wachsthumsenergie erfährt, dass er bei nunmehriger Übertragung auf Fleischinfusgelatine ein ganz ähnliches Oberflächenwachsthum entfaltet, wie es Friedländer bei seinen Nagelkulturen konstatirte. Aus alle dem gehe hervor, dass weder die Kapselbildung, noch das nagelförmige Aussehen der Kultur zwei Erscheinungen sind, auf Grund deren man den Pneumoniemikrococcus allgemein als solchen charakterisiren könne.

Die Diskussion wird von Friedländer eröffnet mit der Mittheilung einiger Untersuchungen, die ergeben haben, dass in gewissen Fällen von Pneumonie oder vielleicht in bestimmten Stadien der Pneumonie im Blute der Pneumoniecoccus in lebensfähiger Gestalt vorkommt. In Bezug auf die Charakteristica des Pneumoniecoccus ergänzt F. seine früheren Angaben dahin, dass er hierfür betrachtet

den geschlossenen Kreis der Erscheinungen, erstens das Auftreten der Kapseln, das Entstehen der Nagelkulturen bei Kultivirung auf der ganz bestimmt zusammengesetzten Gelatine, dann die Wirkung dieser gezüchteten Organismen beim Einbringen auf Thiere. Die Einheit der Pneumonie sieht F. nicht als vollkommen sicher begründet an. Gerhardt hingegen betrachtet die Pneumonie (vom klinischen Gesichtspunkte) als einheitliche, als wenn auch nicht vollständig gleiche, doch von demselben Virus abhängige Wirkung und erklärt sich die verschiedenen während der Pneumonie vorkommenden Komplikationen als Wirkungen des Virus auf die verschiedenen Organe. Vom therapeutischen Gesichtspunkte aus steht G. mit dem Ref. auf gleicher Basis, indem er die antifebrile Behandlung nicht um des Fiebers willen, sondern um der Herzschwäche willen hochhält.

Auf Grund seiner Beobachtungen in Militärspitälern trägt Fräntzel der Atmosphäre als Trägerin der Pneumoniemikroben Rechnung, da offenbar die Mehrzahl der von ihm beobachteten Fälle die Pneumonie beim Aufenthalt in freier Luft acquirirten, allerdings mit Bronchialkatarrh vorher behaftet waren, der den Infektionskeimen das Eindringen in die Lungen leichter gestattete, als das bei gesunder Schleimhaut möglich gewesen wäre. Rühle hebt die Frage der Erkältung nochmals hervor und weist auf die Aufgabe hin, die bisherigen ätiologischen Anschauungen mit dem Infektionsstandpunkt in Einklang zu bringen.

Nothnagel stellt die Forderung, Alkohol bei Pneumonie nur mit ganz feiner Individualisirung zu reichen, wenn in der That die unmittelbare Aufforderung vorläge, erregend auf das Herz einzuwirken.

Rosenstein sucht den oben genannten Satz Jürgensen's dahin zu erweitern, dass er sagt: Die Pneumonie kann eine Infektionskrankheit sein, sie ist es selbst wahrscheinlich in vielen Fällen, aber nicht in allen.

Bäumler regt die Frage an, wie sich der Pneumoniecoccus zur katarrhalischen Pneumonie und zu der sekundären Pneumonie verhalte.

Nach einigen Bemerkungen des Ref. zu Rosenstein's und Nothnagel's Ausführungen spricht Fränkel die Ansicht aus, dass der Pneumoniecoccus bei der Mehrzahl aller Pneumonien vorkäme, auch bei den sekundären, dass er aber wahrscheinlich sehr verschiedene Virulenz besitze.

2. Sitzung (Nachmittags).

Rosenthal. Über Reflexe.

Zu seinen Untersuchungen hat R. in der Regel die Frösche benutzt, weil an diesen die nervösen Vorgänge unabhängig von schädigenden Einflüssen, welche bei höheren Thieren die Beobachtung erschweren, untersucht werden können, jedoch wurden auch an Säugethieren die Thatsachen verglichen. Die Versuche R.'s über die Reflexzeit haben ergeben, dass dieselbe sehr verschieden ausfällt, je nach der Stärke der Reizung und je nach dem Orte, an welchem gereizt wird. Die Reflexzeit wird immer kleiner, je stärker man den Reiz nimmt und wird bei möglichst starkem Reiz so klein, dass von dem ursprünglichen Helmholtz'schen Phänomen nichts mehr übrig bleibt. Da die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung innerhalb der peripherischen Nerven von der Reizstärke unabhängig ist, so muss die Länge der Zeit allein im Rückenmark, in dem Mittelgliede zwischen sensiblen und motorischen Fasern ihren Grund haben. Die Frage, in welcher Weise die Reflexzeit von dem Orte des Reizes abhänge, wird in dem Vortrage nicht ausführlicher besprochen. Die Versuche, betr. die Entscheidung der Frage, ob in Bezug auf die Entstehung der Reflexe die einzelnen Theile des Rückenmarks sich gleich ständen, ergeben, dass die oberste Partie des Rückenmarks, vielleicht auch noch ein Theil der Med. oblong. ganz besonders wichtig für das Zustandekommen des Reflexes sei, Ergebnisse der Experimentalforschung, welche mit der Erfahrung aus der Pathologie übereinstimmen, wonach Muskeln, die ihre Nerven aus dem Halsmark beziehen, ganz besonders leicht in Tetanus gerathen. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die sensible und die motorische Leitung innerhalb des Rückenmarks stets auf der Seite des Reizes bleibt, und dass bei gekreuzten Reflexen der Reiz erst bis ans Halsmark herankommen muss, um auf die andere Seite überzutreten.

In der Diskussion weist Remak auf die Berührungspunkte in der Pathologie mit den vom Vortr. gewonnenen Beobachtungen hin, speciell auf die Fälle von Tabes mit sog. Doppelempfindung, bei denen mit Zunahme der Reizstärke die Doppelempfindung ein kürzeres Intervall bekommt, resp. ganz verschwinden kann. Weber theilt einen praktischen Fall (Reflexepilepsie) mit, der den Satz von R. bestätigt, dass durch stärkere Reize die Reflexzeit verkürzt wird. Goltz spricht sich gegen die Erklärung R.'s über den Einfluss des Halsmarkes für das Zustandekommen des Reflexes aus und bringt einige ergänzende Bemerkungen zu den Beobachtungen R.'s über die Wege, welche der reflektorische Vorgang durch das Rückenmark hindurch macht.

Pfeiffer. Über Vaccine und Variola.

Bei der hohen Bedeutung der Schutzimpfung und dem fortdauernden Ansturm der Impfgegner ist es als eine dankenswerthe Arbeit zu bezeichnen, das kritisch zusammengestellt zu haben, was wir bis jetzt in der Kenntnis der Variola-Vaccine erreicht haben, wie weit sich die bekannt gewordenen Lebensäußerungen derselben mit der Annahme vertragen, dass auch hier ein Spaltpilz, wie in so manchen anderen Infektionskrankheiten, seine Thätigkeit entfaltet. In der übersichtlichsten Weise ist in dem Vortrage das hierher Gehörige kritisch und historisch geordnet. In erster Linie wird besprochen die Eintritts- und Vermehrungsstätte für den Variola-Vaccinepilz und nachgewiesen, dass die Vervielfältigung des Kontagiums oft ohne Betheiligung der Haut, bei gewissen Modalitäten des Experimentes ständig ohne eine solche Betheiligung verläuft. Der zweite Theil des Vortrags gilt der Besprechung der experimentellen Abschwächung des Variolapilzes, ein dritter Theil der Auffrischung der Vaccine und der Schluss den Fortschritten der Impftechnik. Man kann ohne Weiteres mit dem Verf. in dem Wunsche übereinstimmen, dass die jetzige Strömung eine vollständige Umänderung der früheren Impfmethoden zu Gunsten des animalen Stoffes herbeiführen möge; dadurch fällt die Möglichkeit von Syphilisüberimpfung fort, gegen Erysipel schützt ein vorsichtiges Prüfen der Abimpflinge und ein möglichst aseptisches Verfahren und Perlsucht haben wir desshalb kaum zu fürchten, weil sie angeboren äußerst selten vorkommt und bei Schlachtekälbern kaum beobachtet ist. **Seifert** (Würzburg).

(Fortsetzung folgt.)

Kasuistische Mittheilungen.

16. E. W. White. Ein Fall von Myxödem mit gleichzeitiger Geistesstörung.

(Lancet 1884. I. p. 975.)

Ein interessanter Fall von Myxödem bei einer melancholisch Verrückten von 56 Jahren. Die Psychose ist etwas später als das Myxödem aufgetreten. Außer den bekannten Veränderungen der Haut fanden sich Störungen aller Sinnesorgane, Atrophie der Haarbälge und Talgdrüsen und Zahnausfall. Auffallend war immer die geringe Pulsfrequenz (52—60 in der Minute).

Der Fall giebt dem Verf. Veranlassung die bemerkenswerthe Analogie mit gewissen Formen von Erkrankung des Sympathicus hervorzuheben:

1) Die sphygmographische Kurve ist absolut gleich der, welche man bei Applikation eines starken Stromes auf die Cervicalganglien erhält, dabei entsteht auch Pulsverlangsamung.

2) Beschleunigte Herzaktion, vergrößerte Thyroidea, Exophthalmus, erweiterte Pupillen, vermehrte Schweißsekretion, reizbare Stimmung beim Morbus Basedow (Graves disease) stehen gegenüber verlangsamte Herzaktion, Exophthalmus, Atrophie der Thyroidea, Myosis, verminderte Hautsekretion und auffallende Ruhe des Gemüthes bei Myxödem.

3) Nach der Entfernung der Thyroidea, wo viele Sympathicusäste durchschnitten werden, hat Kocher einen dem Myxödem ähnlichen Zustand auftreten sehen.

4) Jaborandi, das den Sympathicus reizt, erweist sich bei der Behandlung des Myxödems von Nutzen.

Die Lektüre der Originalarbeit, die auch Manches über die Beziehungen der progressiven Paralyse zu Erkrankungen des sympathischen Systems enthält, ist durchaus zu empfehlen. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

17. **Thomas** (Baltimore). Spasmodic swallowing or retraction of the tongue.

(Med. news 1884. April 19.)

Eine seit 3 Jahren an mit asthmaartigen Attacken verbundenem Heufieber leidende Dame erkrankte eines Nachmittags unter einem Anfangs auf die linke Seite der Zunge beschränkten, allmählich das ganze Organ betreffenden Gefühl von Taubsein, womit sich Schwierigkeit im Aussprechen gewisser Worte vergesellschaftete; das letztere Symptom nahm rasch zu, dabei stellte sich der Wunsch, öfter zu schlucken ein und plötzlich fühlte Pat. ihre Zunge krampfhaft nach rückwärts gezogen und ihre Athmung behindert. Nachdem sie ihre Zunge gefasst und gewaltsam nach vorn gebracht hatte, trat Erleichterung im Athmen ein. Unter Chloroforminhalationen schwanden die die Zungenmuskulatur betreffenden Konvulsionen und sind, nachdem Pat. innerlich eine Zeit lang Bromkal. genommen hatte, auch nicht wiedergekehrt. Das Allgemeinbefinden der Pat. blieb noch eine Zeit lang nach diesem Anfall gestört, während mehrerer Tage hielt großes Schwächegefühl an. T. schließt an die Mittheilung dieses Falles einige epikritische Bemerkungen, aus denen hervorgeht, dass dieser Zustand bei Erwachsenen bisher noch nicht beobachtet und nicht zu verwechseln ist mit dem bei Kindern bekannten, bei Chloroformirten häufig vorkommenden, auf mechanische Momente zurückzuführenden Rückwärtsfallen der Zunge; T. räth desshalb solche Zustände von einander zu unterscheiden als »Verschlucken der Zunge« und »krampfhaftes Zurückziehen der Zunge« (»swallowing the tongue« und »spasmodic retraction of the tongue«).

Eugen Fraenkel (Hamburg).

18. **Katz.** Über krupöse Entzündung des Mittelohrs bei Scharlach.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 13.)

Bei einem 6jährigen, an mit ausgedehnter Diphtherie des Rachens und Nasenrachenraums komplicirtem Scharlach erkrankten Mädchen, stellte sich am 9. Tage unter gleichzeitigem Ansteigen des bis dahin mäßigen Fiebers merkbare Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr ein; bereits am 10. Tage eitriger Ausfluss aus dem Ohr, objektiv kleine Trommelfellperforation. Am folgenden Tage hatte sich die Perforation vergrößert und war durch Reste von Pseudomembranen, wie solche beim Ausspritzen des Ohres entfernt worden waren, verlegt; äußerer Gehörgang intakt. Nach 2mal 24 Stunden verschwanden die krupösen Membranen im Mittelohr. Die Pat. erlag am 18. Krankheitstage der inzwischen aufgetretenen mit beträchtlicher Verminderung der Diurese verbunden gewesenen Nephritis.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

19. **Jonquière.** Bleibende Lähmung der Abductorfasern eines Stimmbandes durch Druck auf den Recurrens, verbunden mit vorübergehender Parese der Adductoren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 14.)

Es handelt sich um einen 42jährigen, seit $^1/_2$ Jahre vorübergehend heiseren Schullehrer, bei welchem J. laryngoskopisch eine sehr unvollkommene Abduktion des rechten Stimmbandes in Respirationsstellung gepaart mit mangelhafter Adduktion bei der Phonation konstatirte. Ätiologisch macht J. für diese Bewegungsstörung eine an dem Pat. aufgefundene kleine Struma verantwortlich, welche, dicht

oberhalb des Schlüsselbeines rechts an der Trachea gelegen, wahrscheinlich den Stamm des rechten Recurrens komprimirte. Die in der Applikation schwacher faradischer Ströme bestehende Behandlung besserte die Parese der Adductoren, so dass allmählich die Lähmung der Erweiterer immer mehr in den Vordergrund trat. Der Fall dient als Stütze für das von Semon-Rosenbach aufgestellte Gesetz von dem oft ausschließlichen und klinisch immer zuerst zur Beobachtung gelangenden Erlahmen der Abduktorfasern, bei irgend welchen die Centren oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven treffenden Schädlichkeiten.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

20. **Th. Buzzard.** Zwei Fälle von Nervendehnung wegen Gesichtsneuralgie. Zustand des Kranken 3 resp. 2 Jahre später.

(Brit. med. journ. 1884. II. p. 1126.)

Im ersten Fall wurde wegen heftigster Supra- später auch Infraorbitalneuralgie wiederholt (im Ganzen 5mal) Dehnung eines der genannten Trigeminusäste vorgenommen, einmal wurden beide Nerven gedehnt und dann durchschnitten. Im Ganzen wurde durch diese Operationen die Häufigkeit und Intensität des Schmerzes gemildert, so dass Pat. wieder arbeiten konnte, wenn auch zuweilen noch heftigere Schmerzen auftraten. Jetzt, nach 3 Jahren, dauert dieser Erfolg noch an.

Im zweiten Fall, wo es sich um anfallsweise auftretende Infraorbitalneuralgie handelte, hatte die ebenfalls wiederholt vorgenommene Nervendehnung Anfangs glänzenden Erfolg. Nach wenig Monaten aber waren die Schmerzen wieder da.

Edinger (Frankfurt a/M.).

21. **Seibert.** Über Hämaturie bei Nierenkrebs im Kindesalter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 3.)

Gelegentlich eines von ihm beobachteten Falles von Nierenkrebs bei einem 10monatlichen Mädchen, der sich hauptsächlich durch profuse zum tödlichen Ausgang führende Blutungen, nicht durch einen palpablen Tumor verrieth, giebt Verf. eine Zusammenstellung von 50 Fällen von Nierenkrebs bei Kindern im Alter von 2 Monaten bis zu 8 Jahren. Aus denselben ergiebt sich, dass der Nierenkrebs schon angeboren vorkommen könne (zum Beweis dafür dient namentlich ein ausführlicher mitgetheilter Fall von Jacobi in New York), dass er bis Ende des 4. Lebensjahres relativ häufiger ist, dass der Verlauf um so kürzer, je jünger das Kind, und umgekehrt. 36mal unter den 50 Fällen war ein Tumor zu fühlen, 19mal kam Hämaturie vor. Die letztere tritt viel häufiger im Anfang als im späteren Verlauf auf; sie kommt unerwartet und plötzlich. Sie unterscheidet sich von der durch Steine verursachten Blutung dadurch, dass das Blut rein, ohne Beimischung von Eiter, Epithel etc. auftritt, und dass der Schmerz mit dem Eintritt der Blutung aufhört. Dass dabei der Tod durch Verblutung eintritt ist höchst selten und steht der Fall des Verf. in dieser Beziehung fast einzig da. **Heubner** (Leipzig).

22. **Raudnitz.** Zur Kasuistik des Ikterus bei Neugeborenen.

(Sep.-Abdr. aus der Prager med. Wochenschrift 1884. No. 11.)

Fall 1. 5 Tage alter Knabe; starker Ikterus. Das Kind liegt soporös da; wachsartige Biegsamkeit des ganzen Körpers, unterbrochen durch von Zeit zu Zeit auftretende »hampelmannähnliche« Zuckungen. Pupillen erweitern sich auf äußere Reize, Herzthätigkeit verlangsamt, Athmung aussetzend. Urin dunkelbraunroth, enthält Eiweiß, Gallenfarbstoffe in mäßiger Menge und scholliges Pigment. Temperatur erheblich gesunken. Diagnose konnte nicht gestellt werden. Nach sieben Tagen trat der Tod ein. Die Sektion ergab außer lobulären Infiltrationen in den Lungen und ikterischen Färbungen fast aller Organe grünliche Einlagerungen in den Meningen und eine diffuse Gelbfärbung der Hirnsubstanz etwa in der Mitte des linken Pedunculus cerebri. Die mikroskopische Untersuchung zeigt an allen diesen Stellen körnigen Detritus, Reste rother Blutkörperchen und Hämatoidinkrystalle.

Fall 2. 4 Tage alter Knabe, stark ikterisch. Reichlicher Durchfall. Harn enthält bei der Aufnahme keine Gallenfarbstoffe. In den nächsten 8 Tagen noch immer Durchfall; die vorher subnormale Temperatur steigt auf 39° C. Stuhlgang völlig farblos. Jetzt enthält der Urin Eiweiß und Gallenfarbstoff. Dämpfung hinten links. Exitus letalis. Bei der Sektion findet sich Gelbfärbung aller Gewebe. Hepatisation der beiden unteren Lungenlappen. Seitenventrikel des Gehirns erweitert, im linken geronnenes Blut, im rechten blutige Flüssigkeit. Im linken Seitenventrikel an der höchsten Stelle des Thalamus opticus ein bohnengroßer, rothbrauner Herd, in welchem die Gehirnsubstanz durch geronnenes Blut verdrängt ist. Intermeningeale Hämorrhagien. Schleimhaut des Duodenums injicirt und geschwollen. Aus der Gallenblase entleert sich auf Druck keine Galle in den Darm. **M. Cohn** (Hamburg).

23. N. Lunin. Ein Beitrag zur Therapie des Diabetes insipidus.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 4.)

Verf. berichtet über einen Fall von Diabetes insipidus bei einem Mädchen, das nach 9 Jahre langer Dauer in 2 Monaten zur Heilung kam. Die Harnmenge betrug mit wenigen Schwankungen 7000,0 pro Tag. Etwa 1 Monat nach dem Eintritt ins Spital bekam Pat. Natr. salicyl. 3mal täglich, später je 4mal zu 0,5. Im Verlauf von 5 Tagen sank die Harnmenge auf 5000,0 pro Tag, blieb aber darauf stehen. Es wurde nun Inf. rad. Valerianae (5,0) 100,0 pro die verordnet, und vom 24. Juli bis zum 16. August gegeben. Die Harnmenge fiel auf 2500,0, blieb aber in den letzten 10 Tagen auf diesem Quantum stehen. Pat. bekam sodann Secale cornutum in Form von Infus (2,0) 100,0 pro die. Die Harnmenge sank auf 1100,0 und auch nach dem Aussetzen des Mittels schwankte das Quantum stets zwischen 1100,0—1200,0. Mit dem Fallen der Harnmenge hat der Urin eine dunklere Farbe angenommen, das specifische Gewicht war auf 1010 gestiegen. Pat. hatte im Laufe von 3 Monaten 3700,0 zugenommen.

Kohts (Straßburg i/E.).

24. R. Pott. Eine Kothfistel am Hodensack eines vier Monate alten Kindes.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 4.)

Gustav Huhn, 4 Monate alt, einen Monat zu früh geboren, war bis zum 14. Tage nach der Geburt völlig gesund. Dann zeigte sich in der Mitte der rechten Scrotalhälfte ein rother Fleck, es kam zur Abscedirung nach 3 Wochen, es entleerten sich Eitermassen, und nach weiteren 3 Wochen entleerten sich aus der zurückgebliebenen Fistel Koth und Darmgase. Später verkleinerte sich die Anfangs stecknadelkopfgroße Öffnung noch mehr, und die Anfangs bei jeder Defäkation konstant auftretenden Kothentleerungen kamen nur zeitweise, und es stellten sich dann meist Verdauungsstörungen ein. Der von der Hodensackfistel nach dem Inguinalkanal laufende Strang erwies sich als nicht reponibel, eine Bruchpforte wurde nicht konstatirt, und doch wird man die Diagnose auf eine Hernia vaginalis inguinalis dextra stellen müssen, welche zum mindesten an ihrem Endpunkte mit der Innenwand des Hodensackes fest verwachsen ist. Es liegt nahe, den Processus vermiformis als einzigen Inhalt der Leistenhernie anzusehen, zumal bei dem Kinde verhältnismäßig selten und dann auch nur geringere Störungen bei der Defäkation eingetreten sind. Bislang fehlten alle Incarcerationserscheinungen. Die Entstehung der Kothfistel und die Verlöthung der Darmschlinge innerhalb des Hodensackes wäre so zu erklären, dass ein Theil der eingeschnürten Darmschlinge gangränös wurde, perforirte, eine Bruchsackperitonitis bedingte, sich eine lokale Phlegmone des Hodensacks entwickelte, die nach dem Aufbruch zu einer Kothfistel führte.

Kohts (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 33. **Sonnabend, den 16. August.** **1884.**

Aus der med. Klinik in Zürich.

Antipyrinexanthem.

Von

Dr. **Paul Ernst**, I. Assistenzarzt.

Filehne's[1] Aufruf an die deutschen Kliniken, Erfahrungen zu sammeln über das Knorr'sche Präparat Antipyrin erscholl in einer Zeit, da Zürich von einer außerordentlich schweren Typhusepidemie heimgesucht wurde, die neben den bestehenden Spitalräumlichkeiten noch eine ad hoc errichtete Baracke mit Typhuskranken überschwemmte. Mit Sorgfalt ließen sich im großen Material die Fälle auswählen, so dass wir heute wohl im Falle sind, ein mehr oder weniger reifes Urtheil über die Antipyrinwirkung abzugeben, das denn durch Versuche an Phthisikern, bei Erysipelas etc. ergänzt wird. Gerade bei hektischen Fiebern sahen wir mit Hilfe des Antipyrins dauernde Apyrexie, wo das vergleichsweise gereichte Chinin gänzlich versagte.

[1] Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VII. Hft. 6. p. 41.

Erysipelas wurde in jüngster Zeit experimenti causa mit beiden Medikamenten behandelt, und auch hier stehen wir nicht an, dem Antipyrin die Palme zu reichen. Bei Hektischen geschah es öfters, dass der Antipyringebrauch weniger Tage genügte, um eine andauernde Fieberlosigkeit zu sichern, wenn auch Antipyrin in der Folge wegblieb. Ich kann der Ausführung Guttmann's[2] bezüglich der Wirkung des Antipyrins kaum etwas Wesentliches zufügen, auch Falkenheim[3] hat ihm ja von der Naunyn'schen Klinik aus völlig beigestimmt. Auch wir sahen Entfieberungssprünge von 1—2° meist schon nach Verabreichung von 2 g, ohne dass wir nach Guttmann's Rath zu 5 g hätten greifen müssen; um dauernde Entfieberung herbeizuführen freilich, konnten auch wir der größeren Dosen nicht entrathen. Sprünge von 3° waren nicht selten, zumal wenn die Wirkung sich der Morgenremission superponirte. Zu einmaligen Dosen von 4 g sind wir nie geschritten. Dass die Defervescenz häufig mit Schweiß verbunden sei, dass Erbrechen der Verabreichung folgt, dass nach allmählich kontinuirlichem Sinken die Temperatur ohne alle Fröste anzusteigen beginnt, im erfreulichen Gegensatz zum Kairin, sind Alles Behauptungen Guttmann's, die wir unterschreiben. Auch haben wir bei der Verabreichung von Einzeldosen zu 2 g zur Mittagszeit und in frühen Nachmittagsstunden nur Gutes gesehen, was die Temperaturherabsetzung anlangt. Wie Busch[4] in Lübeck bemerkte, gelingt es, den abendlichen Temperaturanstieg hierdurch zu koupiren. Doch kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass solchen Mittagsgaben Erbrechen häufiger nachfolgt. Die Beobachtung ist nicht vereinzelt, sondern ist aus vielfachen Krankengeschichten abstrahirt. Mehrere Male hatten wir mit diesem Hindernis zu kämpfen und zwar in Fällen, wo eine Apyrexie durchaus erstrebt werden musste. Nicht als ob auf der Züricher Klinik das Princip gelte, vor Allem gegen hohe Temperaturen anzukämpfen, um sodann Allem ruhiger entgegensehen zu können. Dass hohe Temperaturen an sich in ihrer Wirkung auf den Organismus nicht mehr überschätzt werden, sondern in vielen Fällen sogar nur in zweiter Linie Beachtung verdienen, ist eine Überzeugung, die sich doch mehr und mehr Bahn zu brechen verspricht. Und gerade unsere Epidemie hat wieder zur Evidenz erwiesen, wie wenig manchmal mit bloßer Entfieberung geleistet ist. Die Delirien, kurz alle Zeichen schwerster Allgemeininfektion, kehren sich nicht daran, dauern unvermindert fort. Wenn aber, wie in einem unserer Fälle wegen Erbrechens und Ekels vor Speisen nichts mehr genossen wird, die Temperaturen sich um 39° bewegen, komatöse Apathie die schwere Infektion verräth, so erhofft man eben von künstlicher Apyrexie das Wiederkehren der Esslusst und hierdurch Hebung der Kräfte. So kamen wir auf das Einführen des Antipyrins mittels Wasserklysmas mit geringem Amylumzusatz. Wir haben uns

---

[2] Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 20.
[3] Ibid. No. 24.
[4] Ibid. No. 27.

mit einmaliger Dosirung von 2—4 g begnügt und der Erfolg berechtigt uns, diesen Weg aufs wärmste zu empfehlen. Möglich, dass der von Fäkalmassen fast gänzlich freie Typhusdarm der Resorption eines Klysmas ganz besonders günstig ist. Die Wirkung war ganz in unserer Hand und das gewollte Ziel wurde auch erreicht. Dieselben Erwägungen ließen uns diese Applikationsweise bei einem kleinen zehnjährigen Jungen versuchen. Im Durchschnitt wurde ihm täglich ein Klysma mit 2 g Antipyrin meist um die Mittagszeit beigebracht. Im Verlauf von 4 Stunden sahen wir die Temperatur 2—3° sinken. Eine 2malige Applikation im Laufe des Nachmittags garantirte fast für den ganzen kommenden Tag volle Apyrexie. Derselbe Junge bekam aber eines Morgens, nachdem er zuvor 10 g Antipyrin im Verlaufe von 4 Tagen per os, in weiteren 4 Tagen 12 g per anum genommen hatte, ein Exanthem, über dessen Natur von Anfang an kein Zweifel walten konnte, da der glückliche Zufall uns an einer 67jährigen Frau in denselben Tagen dasselbe Exanthem finden ließ. Beide Pat., wie verschieden auch ihr Alter, ihre Krankheitserscheinungen sein mochten, hatten keine andere Ordination als, damals noch versuchshalber, Antipyrin. Wie verschieden auch die vaskulären Verhältnisse in einer 10- und einer 67jährigen Haut sein mögen, der Charakter des Exanthems war in beiden Fällen zu übereinstimmend, als dass die ätiologische Zusammengehörigkeit sich der Kognition hätte entziehen können. Der Beschreibung des Exanthems kann ich die allgemeine Bemerkung vorausschicken, dass es sich mit Morbilli am ehesten vergleichen lässt. Kleine unregelmäßig konturirte rundliche, leicht rothe Stippchen stehen dicht beisammen, konfluiren zu leicht über das Hautniveau prominenten Plaques, die durch normale Hautbrücken mannigfach unterbrochen, eine rosaroth marmorirte Zeichnung bilden. Dem Fingerdruck weicht die Röthung, ohne jedoch, im Stadium floritionis wenigstens, eine bräunliche Pigmentirung persistiren zu lassen. Nach einer Floritionsdauer von ca. 5 Tagen, während welcher das Exanthem mehr an Extensität als an Intensität anwuchs, nahm dasselbe im Stadium restitutionis allerdings den Charakter bräunlicher, dem Fingerdruck nicht weichender Pigmentflecke an, bei der alten Frau mit einer Andeutung kleienartiger Abschilferung. Die Reste des Exanthems waren noch bis Ende der zweiten Woche erkennbar.

Die Lokalisation des Exanthems stimmt bei beiden Fällen ziemlich überein, doch lässt uns hierin die volle Analogie mit Morbilli im Stich. Der intensivsten Aussaat begegnen wir auf Brust, Bauch, Rücken und Glutäalgegend, kurz am Rumpf. Dass die dem erhöhten Druck ausgesetzten Körperpartien intensivere Röthung zeigten, ist mir nicht aufgefallen. Beim Jungen trat Ödem im Gesicht auf; an den Wangen mehr diffuse Röthe, was bei der Frau weniger deutlich zu erkennen war. Immerhin blieben Gesicht und obere Halstheile relativ freier, also gerade die Prädilektionsstellen großer konfluirender Masernflecke. In beiden Fällen zeigten die Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten dichtere Eruptionen, als die Beugeflächen; auch

Vola manus und Planta pedis blieben nicht verschont. Die Trigona Scarpae zumal wiesen Flecke in Masse auf. Beim Jungen verlor sich das Exanthem auf dem Fußrücken nach und nach in spärlichen Ausläufern. Das durchschnittliche Ausmaß der Flecke betrug ca. 8 mm, doch sahen wir Schwankungen von 2—15 mm, je nach dem Grade der Konfluenz. Juckende Empfindungen in der Haut gab die alte Frau an, nicht aber der Junge.

Besonders hervorzuheben ist, dass der Ausschlag des Jungen seine Restitution trotz fortgesetzter Antipyringaben (bis zum 4. Tag der Florition) gewann. Aus diesem Grunde zweifelt Behrend (Hautkrankheiten) an der medikamentösen Natur eines von Scheby-Buch beschriebenen Chininexanthems. Mag man aber auch nach Köbner's[5] Vorgehen das Princip festhalten, dass ein medikamentöses Exanthem anwachse bei Fortgebrauch der ursächlichen Substanz und erst nach Weglassen derselben geheilt werde, so kann man doch mit voller Berechtigung für unsere Fälle einen gewissen Grad von Toleranz supponiren. Und wenn ich in diesem Adaptionsvermögen eher einen Beweis für die Interpretation des Exanthems als Reflexneurose zu finden meine, so wird man mir keinen anderen triftigen Einwand entgegenhalten können, als dass ich auf ganz hypothetischem Boden stehe, welchen Vorwurf sich aber wohl diejenigen eben sowohl gefallen lassen müssen, die in Medikamentexanthemen Symptome eigentlicher Intoxikation und Deposition der Materia peccans in der Haut durch das nährende Blut sehen zu müssen glauben. Den Rath möchte ich aber aus der letzterwähnten Thatsache abstrahiren: man braucht sich durch das Antipyrinexanthem nicht allarmiren, im Fortgebrauch des Mittels nicht beirren zu lassen. Unbekümmert um den Fortgebrauch des Mittels restituirten sich die Hautdecken vollkommen. Nichtsdestoweniger wird man keinen Augenblick anstehen, das geschilderte Exanthem auf Antipyrinwirkung zurückzuführen und als eine Bereicherung der Dermatosengruppe: Dermatitis medicamentosa aufzunehmen.

Nachtrag. Die sehr ausgedehnte Anwendung des Antipyrins bei verschiedenen fieberhaften Zuständen hat die Möglichkeit gegeben, noch in drei weiteren Fällen (2 Typhoide, 1 Erysipel) Antipyrinexanthem der beschriebenen Form zu beobachten.

---

1. B. Testa. Dell' azione degli stimmi di Mais.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 40.)

T. theilt das Resultat pharmakologischer Versuche mit den Stigmata des Mais mit. Ein wässriger Extrakt dieses an manchen Orten als Diuretikum etc. angewandten Mittels bewirkt bei Kaninchen Steigerung der Harnabsonderung, der Harn wird specifisch leichter und saurer, mäßige Dosen vermindern die Frequenz der Herzschläge und steigern die arterielle Spannung, starke Dosen erhöhen die Pulsfrequenz,

[5] Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 22.

sehr starke Dosen erzeugen frequenten und schwachen Puls; Atropin hebt die Wirkung aufs Herz auf, eben so bleibt dieselbe nach Vagusdurchschneidung aus. **Kayser** (Breslau).

2. **Wildermuth.** Notiz über Anwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 23.)

W. hat seit 2 Jahren Versuche über Verwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie gemacht. Das Mittel wurde innerlich verabreicht und zwar in Form des osmigsauren Kalis (in Pillen, mit Bolus, jede Pille 0,001 K. osm. enthaltend); größte pro die verbrauchte Dosis bisher 0,015. Vorher war auch eine wässrige Solution der Osmiumsäure gegeben worden. W. begann die Versuche bei 10 sehr veralteten Kranken; 7 zeigten keinen Erfolg, 2 Seltenerwerden der Anfälle; in einem, scheinbar ganz desperaten Falle erfolgt eine äußerst überraschende Wendung, rasche Verminderung und Abschwächung der Anfälle, schließlich Ausbleiben derselben, Besserung des psychischen Befindens. Von 3 Kranken, deren Behandlung mit Osmiumsäure erst seit kürzerer Zeit eingeleitet ist, zeigten 2 entschiedene Besserung, Abnahme in Zahl und Stärke der Anfälle; bei einem war ein Erfolg nicht wahrzunehmen. Üble Nebenerscheinungen wurden niemals beobachtet. **A. Eulenburg** (Berlin).

3. **A. Hughes Bennet.** An inquiry into the effects of the prolonged administration of the Bromides in Epilepsy.

(Lancet 1884. I. p. 883.)

Gestützt auf die konsequente Beobachtung von 300 Epileptischen, die mit Bromkalium und Bromnatrium lange behandelt wurden, hat Verf. schon früher seine Erfahrungen einmal zusammengestellt. Es ergab sich damals das Folgende: Bei 12,1% der Epileptiker wurden die Anfälle während der ganzen Behandlung vollkommen sistirt; bei 83,3% nahmen Anzahl und Schwere der Attacken bedeutend ab. In 2,3% wurde gar kein Nutzen gesehen und in 2,3% nahm die Zahl der Anfälle zu. Die Form und Komplikation der Erkrankung war ohne Einfluss auf die Bromwirkung. Die neue Arbeit untersucht die Wirkung langer Darreichung von großen Bromdosen, namentlich auch ob diese die Krankheit selbst günstig beeinflussen oder ob sie irgend wie die Konstitution des Pat. schädigen.

In 51 Fällen wurden Bromsalze 1 Jahr lang gereicht, es zeigten sich die

Körper- und Geisteskraft nicht beeinträchtigt	bei	39	oder	76,4%
» » » »	»	6	»	11,7 »
Körperkraft allein »	»	3	»	5,9 »
Geisteskraft » »	»	2	»	3,9 »
Allgemeine Symptome von Neurasthenie	»	13	»	25,4 »
Bromexantheme	»	8	»	15,6 »

Bei 34 Kranken wurden Bromsalze 2 Jahre lang verordnet. Die Resultate waren:

Körper- und Geisteskraft nicht beeinträchtigt	bei	28	oder	82,3%
» » » »	»	2	»	5,8 »
Körperkraft allein »	»	1	»	2,9 »
Geisteskraft » »	»	2	»	5,8 »
Allgemeine Symptome von Neurasthenie	»	5	»	14,7 »
Bromexanthem	»	6	»	17,6 »

Darreichung 3 Jahre hindurch, 30 Fälle:

Körper- und Geisteskraft nicht beeinträchtigt	bei	28	oder	93,3%
» » » »	»	1	»	3,3 »
Körperkraft allein »	»	1	»	3,3 »
Geisteskraft » »	»	0	»	0,0 »
Symptome von Neurasthenie	»	3	»	10,0 »
Bromexanthem	»	3	»	10,0 »

Darreichung 4 Jahre lang, 16 Fälle:

Körper- und Geisteskraft nicht beeinträchtigt	bei	12	oder	75,0%
» » » »	»	0	»	0,0 »
Körperkraft allein »	»	2	»	12,5 »
Geisteskraft » »	»	2	»	12,5 »
Symptome von Neurasthenie	»	0	»	0,0 »
Bromexanthem	»	2	»	12,5 »

Darreichung 5 Jahre lang, 6 Fälle:

Körper- und Geisteskraft nicht beeinträchtigt	bei	6	oder	100%
» » » »	»	0	»	0,0 »
Körperkraft allein »	»	0	»	0,0 »
Geisteskraft » »	»	0	»	0,0 »
Symptome von Neurasthenie	»	3	»	50,0 »
Bromexanthem	»	0	»	0,0 »

Darreichung 6 Jahre lang, 4 Fälle:

Körper- und Geisteskraft nicht beeinträchtigt	bei	4	oder	100%
» » » »	»	0	»	0,0 »
Körperkraft allein »	»	0	»	0,0 »
Geisteskraft » »	»	0	»	0,0 »
Symptome von Neurasthenie	»	3	»	50,0 »
Bromexanthem	»	0	»	0,0 »

Die 4 zuletzt erwähnten Fälle von 6 Jahre lang dauernder Darreichung werden genauer mitgetheilt.

Die Pat. nahmen ohne wesentlichen Schaden so lange täglich 4 bis 6 g Bromsalz.

Epileptiker ertragen das Mittel besser als Gesunde.

Es ist wahrscheinlich, dass die Krankheit selbst gebessert wird, aber sicher beweisen lässt es sich nicht.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

4. **Igacuschi Moritzi Miura.** Beiträge zur Histologie der Leber. (Aus dem pathol. Institut zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. p. 142—148.)

Verf. hat mittels einer modificirten Goldmethode (vgl. das Orig.) Studien über den Nervengehalt der Leber angestellt, um frühere Angaben von Nesterowsky zu kontrolliren, der in der Leber einen gröberen und einen feineren Nervenplexus konstatirt hatte. Verf. findet ein gröberes Netz um die Äste der V. port., die Gallengänge und die A. hepat. Von diesem geht ein feinmaschiges aus vielfach gewundenen Fasern bestehendes Netz ab, das sich im Innern der Leberläppchen zwischen V. intra- und interlobularis ausbreitet. Endlich findet sich noch ein zweiter grobmaschiger und grobfaseriger, Plexus, welcher fast immer schwächer entwickelt ist, als der in dem interlobulären Bindegewebe. Verf. findet seine Befunde in voller Übereinstimmung mit den von Nesterowsky beschriebenen, ist jedoch aus folgenden Gründen nicht in der Lage den genannten Netzen die Bedeutung eines Nervenplexus zuzusprechen. Der Plexus nimmt mit dem Quantum des interstitiellen Bindegewebes in den untersuchten Lebern der verschiedenen Thierarten zu. Die Fasern des Plexus stehen mit der Glisson'schen Kapsel im innigsten Zusammenhang. Bei Behandlung des Plexus aus der Leber mit Reagentien, die das Nervengewebe anderer Lokalitäten (Auerbach'scher Plexus im Darm) zerstören (Natronlauge, starke Essigsäure), bleibt der erstere mit Ausnahme der feinsten Fasern vollständig erhalten. Niere und Nebenniere ergaben bei der gleichen Behandlung mit Goldchlorid ähnliche Bilder. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass der geschilderte Plexus aus der Leber mit dem von Asp u. A. in der Leber beschriebenen elastischen Gewebe identisch ist.

Löwit (Prag).

---

5. **J. Tarschanoff.** Über automatische Bewegungen bei enthaupteten Enten.

(Pflüger's Archiv für Physiologie Bd. XXXIII. p. 619.)

6. **J. Singer.** Zur Kenntnis der motorischen Funktionen des Lendenmarks der Taube.

(Sitzungsber. d. kaiserl. Akad. d. Wiss. in Wien 1884. Bd. LXXXIX. Märzheft.)

Beide Arbeiten, welche weitere Beweise für die Bedeutung des Rückenmarkes als motorisches Centralorgan erbringen, sind beinahe gleichzeitig, jedoch völlig unabhängig von einander erschienen.

Enten, denen T. in der Höhe des 4. oder 5. Halswirbels das Rückenmark durchschnitten hatte, lebten, wenn künstliche Respiration eingeleitet wurde, noch 16—25 Stunden. Solche Thiere können sofort nach der Operation mehrere Stunden lang regelmäßige Schwimmbewegungen mit den Füßen machen, wenn man dieselben ins Wasser taucht. Die zur Ruhe gekommenen unteren Extremitäten können beim Kneifen oder Eintauchen ins Wasser sofort wieder ihre regelmäßigen

Schwimmbewegungen aufnehmen. Auch Steuerbewegungen mit dem Schwanze so wie regelmäßige Flugbewegungen kamen zur Beobachtung, bei denen die verschiedenen Drehbewegungen mit dem Halse ausgeführt wurden. Leises Anklopfen auf den Tisch oder ähnliche Reize riefen ein starkes Zusammenfahren der Flügel, der Füße und des Steißes hervor, wobei jedoch die auf dem Tische stehende Ente ihr Gleichgewicht zu behaupten und koordinirte Bewegungen auszuführen vermag. Die Erscheinungen waren dieselben, wenn die Enten vollständig enthauptet wurden. Werden Enten, denen das Rückenmark unmittelbar über der Lumbaranschwellung durchschnitten wird, auf Wasser gesetzt, so machen dieselben Schwimmbewegungen wie normale Thiere. T. zieht aus seinen Versuchen den Schluss, dass im Rückenmarke der Ente Koordinationsmechanismen für die Bewegungen des Schwimmens, des Fliegens und des Schwanzes, so wie die Bedingungen für ihre scheinbare Automatie vorhanden sein müssen. Der Koordinationsmechanismus für das Schwimmen, dessen reflektorische oder automatische Thätigkeit T. noch unentschieden lässt, hat bei Enten seinen Sitz im Lumbartheile des Rückenmarks.

S. kommt zu ganz ähnlichen Resultaten. Die Versuche wurden an Tauben angestellt, denen mit Messer oder Glüheisen das Rückenmark zwischen Brust- und Lendenmark durchtrennt wurde. Sofort nach der Operation, oft auch im Momente der Operation traten scheinbar spontan starke Strampelbewegungen mit den Beinen, Sträuben der Steißfedern und zeitweilig Kothentleerungen auf. Diese Erscheinungen schwächten sich allmählich ab, traten jedoch nach ca. vier Tagen schon nach sehr schwachen Reizen wieder auf. Wurde während der Ruhepausen auf eins der stets leicht flektirten Beine ein leichter Druck ausgeübt, so wurde dasselbe noch mehr flektirt, während das andere eine maximale Streckung ausführte; dasselbe Resultat findet statt, wenn das eine Bein passiv stark flektirt wird. Nicht selten wurde unter diesen Bedingungen eine sehr rasch wechselnde Beugung und Streckung beobachtet (120mal in der Minute). Wurde im Momente der maximalsten Streckung das Bein zwischen den Zehen leise berührt, so stand dasselbe sofort stille, während das andere seine Bewegungen etwas abgeschwächt noch einige Zeit fortsetzte. S. vermuthet, dass es sich hierbei um einen durch einen schwachen sensibeln Reiz hervorgerufenen Hemmungsvorgang einer bestehenden Bewegung handelt, nach Art der von Goetz und Freusberg für ähnliche Erscheinungen beim Hunde beschriebenen Vorgänge. Sehr auffallend sind eigenthümliche Bewegungen (Spreitzen und Sträuben) der Schwanzfedern, sobald die Tauben ruckweise aus einer schiefen in eine horizontale Lage gebracht wurden, oft handelt es sich dabei bloß um ein einfaches Wippen mit dem Schwanze. Werden die mit dem Kopf nach unten gehaltenen Thiere plötzlich in eine vertikale Stellung gebracht, so tritt mit dem Aufhören der Bewegung ein Spreitzen der Steuerfedern ein, wogegen bei der entgegengesetzten Bewegung die gleiche Erscheinung zu Beginn der Bewegung eintrat.

Für dieses Phänomen des Sträubens der Steißfedern konnte S. trotz mehrerer darauf gerichteter Versuche eine Erklärung nicht finden. Die anderen Versuche führen S. zu dem Schlusse, dass sich im Lendenmark der Taube ein antagonistisches Reflexcentrum befindet, das die automatischen Gehbewegungen beherrscht, und das möglicherweise durch das sog. Muskelgefühl in Erregung versetzt wird.

Löwit (Prag).

---

7. **G. Cattani.** Studio sperimentale sulla distensione dei nervi.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 52.)

C. hat die histologischen Veränderungen an dem gedehnten Ischiadicus des Kaninchens studirt und gefunden, dass die darauf folgenden degenerativen Vorgänge im Nerven vorwiegend die dicken Fasern betreffen und sich auf die ganze Nervensubstanz außer der Schwann'schen Scheide beziehen. Der degenerative Process, welcher dem nach Nervendurchschneidung analog ist, bleibt auf die gedehnte Partie beschränkt resp. überschreitet sie nur wenig nach oben und unten. Nach kurzer Zeit beginnen regenerative Vorgänge in den Nervenfasern und man begegnet solchen noch längere Zeit nach der Operation. Außerdem finden sich als direkt anatomischer Effekt kleine Blutextravasate in der Umhüllung der Nerven und Veränderungen an den Ganglienzellen der grauen Substanz des Rückenmarks. Die letztere ist infiltrirt von weißen Blutkörperchen, durch welche es zur Zerstörung einer Anzahl Ganglienzellen, besonders der kleineren kommt. C. glaubt, dass die weißen Blutkörperchen von den entarteten Nervenfasern her auf dem Wege der peri- und endoneurotischen Lymphbahnen in das Rückenmark eingewandert seien.

Kayser (Breslau).

---

8. **Feilchenfeld.** Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 26.)

F. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit der Beantwortung der beiden Fragen: ob die Sehnenphänomene auf reflektorischem oder rein mechanischem Wege entstehen und ob sie bei jedem gesunden Menschen vorhanden sind oder ob ihr Fehlen ein sicheres pathognostisches Zeichen für gewisse ernste Erkrankungen darstellt.

Zur Erledigung der ersten Frage durchschnitt F. den von seiner Unterlage freipräparirten M. quadriceps bei narkotisirten Kaninchen 2 cm oberhalb der Patella und vereinigte die beiden Muskelenden wieder durch mehrere Ligaturen. Dabei blieb das Kniephänomen erhalten. Wurde der Schnitt aber 2 cm höher angelegt, so verschwand dasselbe bei der gleichen Versuchsanordnung zum Beweise, dass es auf reflektorischem Wege zu Stande kommt. Denn wenn es

rein mechanischen Ursprungs wäre, so müsste es auch nach der höheren Durchschneidung vorhanden sein.

Bei diesen Versuchen konstatirte F. zugleich, dass bei Durchschneidung des Muskels von oben das Kniephänomen noch eintrat bis das letzte Muskelbündel fast durchtrennt und nur noch die Sehne erhalten war. Wurde dagegen von unten her die Sehne zuerst durchschnitten, so verschwand das Phänomen sofort, obgleich der Muskel selbst noch unverletzt war.

Was das Vorkommen des Patellarreflexes beim Menschen anlangt, so vermisste es F. bei 1150 Individuen 15mal, also in 1,3% der Fälle. In 6 von diesen Fällen lag ein mechanisches Hindernis vor; entweder war die Patellarsehne sehr lang und schlaff, oder die Tuberositas tibiae sehr ausgebreitet, so dass die Sehne in großer Ausdehnung daran inserirte und unverschieblich fest dem Knochen auflag, oder es handelte sich um sehr korpulente Leute.

Von den übrigen 9 befanden sich 8 im Alter von 20—40 Jahren und darum ist das Auftreten einer späteren Rückenmarksaffektion nicht ausgeschlossen. **Unverricht** (Breslau).

---

9. **Riedel.** Über die diagnostische Bedeutung des Nachweises freier Salzsäure im Mageninhalt bei Gastrectasie. (Aus der med. Klinik des Prof. Riegel in Gießen.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VII. Hft. 6.)

Verf. giebt zunächst eine kritische Übersicht über die zum Nachweis der freien Salzsäure im Magen angewendeten Methoden: Er selbst bediente sich des Tropäolin, Methylviolett und Eisenchloridkarbol. Tropäolin wird durch jegliche freie Säure, als sowohl durch Salzsäure wie durch Milchsäure roth gefärbt, ein durch Milchsäure geröthetes Tropäolin nimmt beim Ausschütteln mit Äther seine ursprüngliche Farbe wieder an (Edinger). Das zuerst von Maly für physiologische, dann von v. d. Velden für vorliegende klinische Zwecke gebrauchte Methylanilinviolett wird durch Salzsäure und auch durch Milchsäure blau gefärbt. Indess ist nach R. die durch Milchsäure bewirkte Blaufärbung wenig intensiv und schwindet auf Schütteln mit Äther; die Reaktion ist mit einer Salzsäurelösung von gleicher Koncentration an Deutlichkeit nicht vergleichbar, so dass man bei ausgesprochener Methylviolettreaktion eines Magensaftes ziemlich sicher auf Salzsäure schließen darf. Besonders geeignet zum Nachweis der Milchsäure ist die von Uffelmann empfohlene Mischung von Eisenchlorid und Karbolsäure (3 Tropfen Liq. ferri sesquichl., 3 Tropfen höchst koncentrirte wässrige Karbollösung, 20 ccm Aqu. dest.). 1 ccm dieser amethystblauen Lösung wird durch die allergeringsten Spuren einer nur $^1/_2$‰igen Milchsäurelösung gelblich gefärbt, während geringe Mengen einer $^1/_2$—2‰igen Salzsäurelösung stahlgraue Farbe, in größerer Menge gänzliche Entfärbung hervorrufen. Bei gleichzeitiger Anwesenheit von Milch- und Salzsäure überwiegt

die erstere, so dass, wenn sie nicht in verschwindend geringem Maße vorhanden ist, stets Gelbfärbung eintritt. Zu diesen drei Proben tritt in zweifelhaften Fällen, besonders wenn die gleichzeitige Anwesenheit von Salzsäure und Milchsäure vermuthet werden muss, noch eine vierte: Eine Probe des filtrirten Mageninhaltes wird mit einer Fibrinflocke auf sein Verdauungsvermögen geprüft; bei Abwesenheit von Salzsäure wird das Fibrin bekanntlich nur sehr langsam gelöst. »Da diese Methoden zum Nachweise der Salzsäure höchst einfach und leicht zu bewerkstelligen sind, so ist ihre häufige Verwerthung auch in der Praxis ohne besondere Unbequemlichkeit durchführbar.«

Die Resultate, welche R. erhielt, sind folgende. Unter 17 Fällen von einfacher Magendilatation wurde in keinem die freie Salzsäure vermisst. Nur in einem, dessen Krankengeschichte ausführlicher mitgetheilt wird, fehlte sie zeitweise. Von 19 Fällen von Carcinoma ventriculi cum dilatatione fand sich bei 17 nie freie Salzsäure, sondern nur Milchsäure. In 2 Fällen fehlte die Salzsäure im Beginn der Behandlung, stellte sich aber nach mehreren Magenausspülungen ein.

Diese Beobachtungen bestätigen durchaus die von v. d. Velden gemachten Angaben. »Das konstante Fehlen der Salzsäurereaktion bei Carcinomfällen auch in Zeiten, wo die Kräfte noch ziemlich gute waren, das Aussehen noch nicht die typische Kachexie bot, wo die Kranken sich nach kurzer Behandlung wieder wohl und arbeitsfähig fühlten, ist eine so frappante Thatsache, dass man in ihr für die Diagnose eine wichtige Stütze erblicken darf.«

Die Ursache des Fehlens freier Salzsäure bei Magencarcinom ist nicht in der Anämie zu suchen, denn bei einfachen Magendilatationen, die mit höchsten Graden von Anämie einhergingen, wurde Salzsäure gefunden; welches die Ursache ist, lässt sich bisher noch nicht sagen.

F. Röhmann (Breslau).

---

10. **C. Reinhard.** Der Hypochondrienreflex.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1884. No. 6.)

Wenn man mit den Spitzen der an einander gelegten Finger (am besten bei nach oben gerichteter Hohlhand) in der Gegend der Mamillarlinie oder zwischen dieser und der Axillarlinie von vorn unten nach hinten oben rasch und elastisch die Bauchwand nach innen unter den freien Rippenrand drängt, so erfolgt ein promptes und ziemlich energisches Beugen des Rumpfes nach der gereizten Seite und etwas nach vorn, so wie eine mehr oder weniger deutliche reflektorische Inspiration. An diesem Phänomen sind in erster Linie M. obliquus ext., int. und Zwerchfell, in geringerem Grade auch M. transversus und rectus der gereizten Seite betheiligt; bei gesteigerter Reflexerregbarkeit außerdem wahrscheinlich M. quadratus lumborum, serratus ant. und latissimus dorsi. Die geringere Latenzzeit und der somptere, energischere Verlauf unterscheiden diesen Reflex von dem sog. Bauchdeckenreflex; überdies persistirt der Hypochondrienreflex

auch im Schlafe, in der Narkose, und ist auch durch die Kleidung hindurch zu erzeugen. R. glaubt daher, ihn nicht zu den Hautreflexen, sondern zu den Sehnen-, resp. Muskel- oder Fascienreflexen rechnen, und mit dem Dorsalklonus in Parallele stellen zu müssen. (Von diesem pathologischen Phänomen könnte er sich übrigens schon dadurch unterscheiden, dass er, nach Angabe des Verf., bei gesunden Individuen konstant vorkommt.) **A. Eulenburg** (Berlin).

---

11. Verhandlungen des III. Kongresses für innere Medicin.

(Fortsetzung.)

3. Sitzung. 22. April (Vormittags).

Referent: **Leyden**, Korreferent: **Schultze.** Über Poliomyelitis und Neuritis.

In engen Rahmen gefasst erhalten wir durch die Referate ein treues Bild von der Geschichte und den derzeitigen Anschauungen über die oben genannten Erkrankungen des Nervensystems. L. zeigt zuerst in einer kurzen historischen Übersicht, wie wechselvoll das Schicksal der Poliomyelitis gewesen ist, wie vielerlei Krankheitsformen man ursprünglich und in späteren Zeiten unter diesem Namen zusammengefasst hat. Ausführlicher geht L. auf die Schilderung der progressiven Muskelatrophie und der Bulbärparalyse ein, immer noch bestehen hier Differenzen der Anschauungen und ein überzeugendes Resultat hat sich aus den bis jetzt bekannten Untersuchungen über diese Krankheitsformen nicht ergeben. Von besonderem Interesse sind die Ausführungen des Ref. über die multiple Neuritis, über ihre geschichtliche Entwicklung und über das Krankheitsbild, das als ein wohlcharakterisirtes bezeichnet werden kann, wenn nur die sicher konstatirten Fälle von multipler Neuritis ins Auge gefasst werden. Als den Typus der Affektion betrachtet Ref. das akute oder subakute Auftreten von Lähmungen, welche die Extremitäten (nach ihrem Ende zu am stärksten) befallen und häufig aber nicht immer zu Muskelatrophie führen. An diese motorischen schließen sich mehr oder minder regelmäßig sensible Symptome an, Schmerzen, Parästhesien, dann trophische Erscheinungen, und Störungen des Allgemeinbefindens. Für die Ätiologie kommen außer Erkältungen eine ganze Reihe von Infektionskrankheiten in Betracht, ein Theil der Fälle tritt wohl auch spontan auf. Dem Verlaufe nach müssen akute, subakute und chronische Formen unterschieden werden. Für die Therapie war die Erkenntnis von dem Sitze der Krankheit in den peripheren Nerven von wesentlichem Vortheil. Bewährt haben sich, wenn auch nicht konstant, die Salicylpräparate, das Chinin, die Jodpräparate; unentbehrlich sind die Narcotica und ruhiges Verhalten. Unterstützt kann die Behandlung werden durch richtige Anwendung der Elektricität, der Massage und der Bäder.

Der Korref. hält sich wesentlich an die Besprechung der progressiven Muskelatrophie, bei der man unterscheiden gelernt hat zwischen solchen Formen, welche unzweifelhaft nervösen Ursprunges sind und solchen, die wesentlich in den Muskeln ihren Ausgangspunkt haben, wodurch der alte Streit, wonach die Einen nur eine centrale Affektion, die Anderen nur eine periphere anerkennen wollten, sich ausgeglichen hat. Während es sich bei den ersteren um eine Erkrankung innerhalb der Pyramidenbahnen und der vorderen grauen Substanz, also um eine Systemerkrankung, dann wieder nur um eine Erkrankung der vorderen grauen Substanz handelt, müssen von solchen Formen die echten Entzündungen des Rückenmarks, die akute und die chronische Poliomyelitis abgeschieden werden, die am besten mit den rein klinischen Namen der spinalen Kinderlähmung resp. atrophischen Lähmung zu bezeichnen sind.

Die sehr lebhafte Diskussion wurde eingeleitet durch S. Guttmann, der auf einen von ihm beobachteten Fall hinwies, bei dem es sich um diffuse Erkrankung des peripheren Nervensystems gehandelt hat, welche in dem befallenen Gebiet eine Lähmung bewirkte, die aber nur in einzelnen Nervengebieten so hochgradig wurde, dass eine erhebliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit daraus resultirte. Auch Bernhardt führt einen Fall von multipler Neuritis an, der viel Ähnlichkeit mit dem vom Ref. schon erwähnten Krankheitsbilde der japanischen Beri-beri-Krankheit hatte; namentlich in Bezug auf die dyspnoetischen Zustände und eine enorm hohe Pulszahl. Remak spricht die Hoffnung aus, dass durch genauere Berücksichtigung der Lokalisation der afficirten Muskeln man dahin gelangen werde, bessere differentiell-diagnostische Momente für die Unterscheidung der multiplen Neuritis und der Poliomyelitis aufzustellen, als wir sie bis jetzt besitzen. Moeli und Althaus bringen noch einige Bemerkungen über die Ätiologie der in Rede stehenden Krankheiten und letzterer außerdem einen Beitrag für die Therapie der akuten spinalen atrophischen Lähmungen, wonach große Vesikatore auf den Rücken gute Dienste leisten sollen.

4. Sitzung (Nachmittags).

Löffler. Über die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entstehung der Diphtherie beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe (mit Demonstrationen).

Bezüglich des Vortrages von L. habe ich nur hinzuweisen auf das Referat in No. 26 und 27 dieses Centralblattes aus den Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt. Die Diskussion führte Heubner, indem er erklärte, dass die von L. demonstrirten Bacillen nicht identisch seien mit dem Gifte, das er bei seinen Versuchen in den Blutgefäßen nachgewiesen habe. H. hält im Gegensatze zu L.'s Anschauungen daran fest, dass die Gesammtheit der Allgemeinerkrankung der Diphtherie durch das Contagium animatum hervorgerufen werde, nicht bloß die Lokalerkrankung, es sprächen dafür auch klinische Erfahrungen, unter Anderem z. B. das zuweilen zu beobachtende Missverhältnis zwischen der Schwere der Allgemeinerkrankung und der Leichtigkeit der lokalen Erkrankung. Ferner treten die verschiedenen Läsionen der inneren Organe in den einzelnen Fällen zu sehr verschiedener Zeit, bald früh, bald spät auf, was wieder mit der Wirkung eines einfachen chemischen Giftes nicht recht vereinbar scheint. Darauf bemerkt L., dass ähnlich wie bei den Meerschweinchen, von denen die einen mit einer schweren Diphtheritis der Vulva bei Übertragung der Bacillen erkranken und gesund werden können, die anderen geringe lokale Veränderungen zeigen und trotzdem durch die Aufnahme des lokal erzeugten Giftes zu Grunde gehen, häufig auch die Verhältnisse beim Menschen liegen, dass also die Bacillen doch als das ätiologische Moment angesehen werden können.

H. Weber (London). Über Schulhygiene in England.

Der Vortr. bespricht insbesondere die großen Unterschiede, die in dem Leben der Schule, speciell dem der Knaben, zwischen England und Deutschland bestehen, dann die hygienischen Einrichtungen der Schulen und die Hygiene bei ansteckenden Krankheiten. Die Knaben aus den mittleren und höheren Ständen besuchen vom 7. bis zum 10. Jahre Vorbereitungsschulen, in denen 3 Stunden Unterricht gegeben wird. Vom 9. bis 14. Jahre sind die Knaben in höheren Vorbereitungsschulen, in denen sie wohnen, 4—5½ Schulstunden, 1—1½ Stunden Vorbereitungszeit und 2—3 Stunden zu körperlichen Spielen und Übungen haben. Vom 13. bis 18. Jahre leben die Knaben in den öffentlichen Schulen, welche für die Universitäten, für die Kadettenhäuser, für das kommercielle und Privatleben vorbereiten. Schulstunden sind 4—6 täglich, 1½—2 Stunden sind für häusliche Arbeiten, 2—3 Stunden zu körperlichen Spielen und Übungen bestimmt, die als Schulpflichten angesehen werden. Die Disciplin wird vom Direktor, in den ein-

zelnen Schulhäusern von den betr. Lehrern, die von mehreren der ältesten Knaben unterstützt werden, geleitet. Der Einfluss dieses Schulsystems auf die Gesundheit ist ein sehr günstiger, auch schwächliche Knaben entwickeln sich gut, Kopfweh, Überarbeitungszustände und Masturbation sind sehr selten, Kurzsichtigkeit viel weniger häufig als in Deutschland. Das regelmäßige Turnen ist in den englischen Schulen viel weniger entwickelt als in den deutschen.

Die Mädchenschulen für die mittleren und höheren Stände stehen nicht auf demselben Fuße wie die Knabenschulen, die körperlichen Übungen beschränken sich meist auf schwedische Gymnastik, Spaziergänge, Tanzen, Exercieren, es wird aber nicht genügend viel Zeit darauf verwandt, so dass die Allgemeingesundheit und der Charakter weniger entwickelt werden als in den Knabenschulen.

Die Kinder der wenig bemittelten Klassen werden in den öffentlichen Elementarschulen belehrt vom 5. bis 13. Jahre, in die Schulstunden sind Exercierübungen für Knaben, schwedische Gymnastik für Mädchen eingeschlossen.

Von der Regiernng angestellte ärztliche Inspektoren für Schulen und Schulgebäude, und specielle Gesetze über Einrichtungen von Schulen fehlen, es bestehen nur Regulationen (Public health Act. 1875) über die Einrichtung des Hauses (auch für die Schule gültig). Eben so wenig giebt es specielle Gesetze bezüglich der Handhabung der Hygiene der Schule bei ansteckenden Krankheiten, sondern nur allgemeine Bestimmungen. Es haben aber die meisten Schulen ein Sanatorium mit getrennten Abtheilungen für ansteckende und nicht ansteckende Krankheiten und ein eigenes kleines Haus für Scharlach mit getrennten Pflegerinnen. Wenn unter den Schülern ein zweifelhafter Fall vorkommt, so wird er in Quarantäne gehalten, bis er aufgeklärt ist. Die meisten Schulen sind sehr vorsichtig in der Verhütung von ansteckenden Krankheiten, verlangen Zeugnisse von den Knaben bei der Rückkehr aus der Ferienzeit, dass der Schüler gesund und nicht mit ansteckenden Krankheiten in Berührung gekommen ist. Nur im äußersten Nothfalle wird die Schule temporär aufgelöst, wenn eine Krankheit sich trotz aller Vorsichtsmaßregeln rasch verbreitet und einen gefährlichen Typus zeigt. Eine Tabelle über Zeit der Inkubation von Krankheiten und die Dauer der Ansteckungsfähigkeit ist sehr gut geeignet, Lehrern, Eltern, und Vormündern die entsprechenden Aufklärungen zu geben, Als ein dringendes Bedürfnis bezeichnet der Vortr. die Anstellung von ärztlichen Inspektoren der Schulen.

Rühle weist in der Diskussion darauf hin, dass wir unsere Jugend nicht in geschlossenen Anstalten erziehen, also englische Einrichtungen nicht nachahmen können. In Bezug auf die Vermeidung der Verschleppung ansteckender Krankheiten hat R. schon beim letzten Kongress dem Wunsche Ausdruck gegeben, es möchte keine Schuldeputation mehr existiren, welche nicht einen Arzt zum Mitglied hat.

Märklin würde gern höhere körperliche Ausbildung der Schuljugend aus den Einrichtungen in England zu uns herübernehmen und weist darauf hin, dass auch uns bestimmte Gesetze in Betreff der hygienischen Überwachung der Schulen fehlen.

Stahl (Berlin). Demonstration einer Reihe von Mikroorganismen, welche in menschlichen Darmentleerungen vorkommen.

S. demonstrirt die wichtigsten der Mikroorganismen, welche in den Darmentleerungen vorkommen. Es gelang ihm etwa 20 verschiedene Arten zu unterscheiden und nicht nur Bacillen, sondern auch Mikrokokken, Hefe-Schimmelpilze, Spirochäten in den Fäces aufzufinden. Bei den Kokken ist die Unterscheidung sehr schwer, weil sie sich außerordentlich ähnlich sehen. Die Mehrzahl bilden die Bacillen im engeren Sinne und unter ihnen herrscht die größte Verschiedenheit vor.

Baginsky weist in der Diskussion darauf hin, dass er schon an einer anderen Stelle Mittheilung gemacht hat über den Befund von Mikroorganismen (runde Kokken und stäbchenartige Gebilde) in den Entleerungen und in der Darmwand

von an Sommerdiarrhöen gestorbenen Kindern. In der Darmwand anderweitiger Kinderleichen fehlten derartige Organismen.

Finkler. Über Papain.

F. hatte sich Papain direkt aus Südamerika kommen lassen, welches bedeutendere Eigenschaften besitzt, als alle bis jetzt gebräuchlichen Präparate, es verdaut bei alkalischer Reaktion, in gewöhnlichem Wasser und bei saurer Reaktion und bei starker Koncentration die Eiweißkörper und gerade dann, wenn wenig Wasser zugegen ist, ferner bei Temperaturen, die zwischen der gewöhnlichen und 60° liegen. Diese Vorzüge des Papains sind wichtig für diejenigen Peptonlösungen, welche zur Ernährung per clysma gebraucht werden sollen.

Bei der Anwendung des Papains gegen Pseudomembranen ergab sich, dass dieselben mehr oder weniger rasch gelöst werden, ohne dass Blutungen oder größere Defekte entstehen und dass die Temperatur nach Ablösung der Membranen schon nach wenigen Stunden zur Norm herunterging.

In der Diskussion bemerkt Rossbach, dass die erheblichen Differenzen in den Angaben über die Wirksamkeit des Papayotin auf Diphtheritis in der Verschiedenheit der Präparate zu suchen sind; manche derselben sollen nur aus Milchzucker bestehen. Die fortgesetzten Beobachtungen R.'s haben ergeben, dass in Fällen von Krup, in denen die Erstickungsnoth schon sehr groß war, die Membran durch Papayotin in wenigen Stunden gelöst werden konnte und dass bei einer Reihe von Fällen mit hohen Temperaturen wenige Stunden nach Entfernung der Membran durch die lösende Wirkung des Papayotin das Fieber heruntersank.

Rossbach. Über eine neue Heilwirkung des Naphthalin.

Als ein Antisepticum, das bei genügend starker örtlicher Desinfektionswirkung den Darmkanal zum größten Theil durchwandern kann, ohne resorbirt zu werden und daher keine oder nur geringe Giftwirkung auf den Organismus ausübt, fand R. als passend das Naphthalin, von dem bei innerlicher Darreichung nur kleinste Quantitäten resorbirt werden, während weitaus der größte Theil unverändert mit den Fäces abgeht. Bei allen möglichen Diarrhöen wurde die Wirkung des Naphthalin geprüft und hierbei gefunden, dass dieses Mittel von vorzüglicher Wirkung ist bei allen veralteten chronischen Darm- und Dickdarmkatarrhen mit und ohne Ulceration, vorausgesetzt dass dieselben unkomplicirt und nicht Folge unheilbarer Zustände (z. B. Carcinomatosis) sind. Gegen Brechdurchfall der Kinder zeigte sich Naphthalin wirkungslos. Die Fäces gehen ohne Geruch ab und eine kleine Quantität des Naphthalin erscheint als solches oder in Naphthol umgewandelt im Harn wieder, die genügt, um den Harn vor Fäulnis zu bewahren oder, falls vorher, z. B. bei Blasenkatarrhen, Zersetzung des Urins bereits in der Blase aufgetreten war, diese zu sistiren. Vertragen wird das Naphthalin gut, auch an den Geruch gewöhnt man sich rasch, nur wenig Menschen reagiren beim Einnehmen mit Aufstoßen und Erbrechen. **Seifert** (Würzburg).

(Fortsetzung folgt.)

Kasuistische Mittheilungen.

12. **Kiesselbach.** Über spontane Nasenblutungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 24.)

In 20 Fällen von spontanem Nasenbluten konnte K. stets die Quelle der Blutung nachweisen, die meist in der vorderen unteren Gegend der knorpeligen Nasenscheidewand sich befand; seltener reichten die blutenden Stellen bis hinauf zum oberen Rande des Septum cartilagineum und nur in 1 Falle weiter nach hinten als bis zum vorderen Ende der mittleren Muschel. An solchen Stellen sieht

man einen oder mehrere dunkelrothe, wie mit der Nadelspitze gestochene Blutgerinnselpunkte, aus denen sich bei der leisesten Berührung mit der Sonde sofort wieder Blutung einstellt. In 2 Fällen war das Gefäß, aus dem die Blutung stammte, bedeutend erweitert. Mitunter findet man auch kleine flache Geschwürchen. Bei Individuen, bei denen man für gewöhnlich die Stelle der Blutung nicht zu Gesicht bekommt, kann man durch Hinstreichen mit dem Wattepinsel über die Schleimhaut des Septum die Blutungsstellen leicht auffinden.

Die Behandlung ergab in allen diesen Fällen sehr gute Resultate, wenn die Blutungsstellen mit dem Furchenbrenner ausgebrannt wurden.

Seifert (Würzburg).

13. **Kispert** (Madrid). Ein Fall von Wanderleber.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 24.)

Eine 43jährige Frau, die 2 Geburten und 4 Aborte gehabt hatte, trat in Behandlung wegen Beschwerden in der Magengegend, Schmerzen im Unterleibe mit dem Gefühl eines großen Gewichtes an der rechten Seite, gleichzeitig konnte sie nur noch auf der linken Seite liegen.

In der Regio epigastrica war ein kleiner Tumor von sphäroider, in der rechten Hälfte des Leibes ein größerer Tumor von ellipsoider Gestalt zu palpiren, die beide sanduhrartig in einander übergingen. Dieser deutlich nach rechts und links hin bewegliche Tumor ließ sich etwas ins rechte Hypochondrium hineindrängen, doch nicht vollständig, weil das Zwerchfell wegen beträchtlichen Lungenemphysems sehr tief stand.

Bemerkenswerth bei diesem Fall ist, dass Pat. früher an Intermittens und Leberschwellung gelitten hatte, so dass man annehmen kann, dass bei rasch zurückgegangener Leberschwellung und nachher eingetretener allgemeiner Ernährungsstörung die vorher stark ausgedehnten Ligamenta suspens. et coron. ihre Elasticität verloren haben und durch das Schrumpfen der vorher vergrößerten Leber schlaff und verlängert geblieben sind. Es kämen demnach für die Ätiologie der Wanderleber außer Schwangerschaften, mechanischen Erschütterungen oder Dehnungen des Unterleibes, Hängebauch, auch noch vorausgegangene pathologische Zustände der Leber, besonders aber degenerative Störungen im Bandapparate der Leber in Betracht.

Seifert (Würzburg).

14. **H. Krause.** Eine Frühform von Schleimhautlupus des Velum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 26.)

Der Fall betrifft ein 17jähriges, von Kindheit an skrofulöses, seit $1^1/_2$ Jahren an Lupus der Nase und Nasenschleimhaut leidendes Mädchen, bei dem auf der anämischen, nicht infiltrirten Uvula ein offenbar durch Konfluenz dreier hanfkorngroßer, gelber, papillärer Exkrescenzen entstandener erbsengroßer Lupusknoten sitzt, ein zweites hanfkorngroßes Knötchen befindet sich auf dem rechten Arc. glosso-palat.; Nasenrachenraum und Kehlkopf frei von lupösen Herden.

Die Beobachtung bestätigt die von Chiari und Riehl so wie Huchard gemachten Angaben betr. des schmerzlosen Beginns der Affektion, welche mit der Knötcheneruption einsetzt, zu der sich erst sekundär Schleimhautinfiltration gesellt. Gerade dieser schmerzlose Anfang legt dem Arzt die Verpflichtung auf, bei Lupus der äußeren Haut die Schleimhäute sorgfältig zu untersuchen. K. erörtert weiter, nachdem er auf die ätiologische, sich auf den Nachweis von Tuberkelbacillen in Lupusknoten stützende, Identität von Lupus und Tuberkulose hingewiesen hat, einzelne in klinischer Beziehung beide Processe scharf von einander trennende Gesichtspunkte, namentlich so weit sie bei dem Lupus und der Tuberkulose des Kehlkopfs in Frage kommen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 34. **Sonnabend, den 23. August.** **1884.**

Zur Behandlung des Abdominaltyphus mit Mutterkorn.

Von

Docent Dr. **Kobert** in Straßburg i/E.

In No. 31 dieses Centralblattes findet sich (p. 501) ein Referat über eine Arbeit von Amédée Chassagne, die Behandlung des Typhus mit Mutterkorn betreffend. Da C. diese Behandlung sehr lobt, so könnte leicht einer der Leser dieselbe nachahmen wollen. In einer auf mehrjähriges Studium gestützten, soeben im Druck befindlichen Arbeit habe ich gezeigt, dass das Mutterkorn eine Substanz enthält, Sphacelinsäure genannt, welche im Darm ganz ähnliche Veränderungen macht wie der Abdominaltyphus und kann ich daher vor einer Behandlung dieser Krankheit mit Mutterkorn nicht eindringlich genug warnen.

Alles Nähere enthält das 3. Heft des XVIII. Bandes des Archivs für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

1. G. Tizzoni. Sulla fisio-patologia delle capsule sopra renali.

(Bullettino delle scienze med. 1884. Fasc. 5. Mai.)

T. hat durch experimentelle Zerstörung der Nebennieren ihre Bedeutung für den Organismus zu erforschen gesucht. T. verschaffte sich bei Kaninchen (am besten kleine Thiere von ca. 1 kg Gewicht) von der Lumbarregion her Zugang zu den Nebennieren, schälte die letzteren aus ihrer fibrösen Kapsel aus und ließ das zerstörte Organ entweder als weiß-gelblichen Brei zur Resorption im Körper zurück oder entfernte es ganz. Die Thiere überstehen die Operation meist ganz gut, die Wunde heilt gewöhnlich per prim., das Befinden und die Ernährung der operirten Thiere lässt auch bei Zerstörung beider Nebennieren nichts zu wünschen übrig, es kommt sogar bei guter Pflege zu Gewichtszunahme, nur selten tritt starke Eiterung und in Folge dessen der Tod ein.

Im Ganzen hat T. 31 Kaninchen am Leben erhalten, welchen vor 21—219 Tagen eine oder beide Nebennieren zerstört waren. In den meisten Fällen wurde die rechte Nebenniere zerstört, weil diese durch ihr dichtes Anliegen an die V. cava sich sowohl vor als nach der Operation leichter auffinden lässt, während allerdings bei dieser aus demselben Grunde eine vollständige operative Zerstörung nicht möglich ist, die letztere vielmehr erst sekundär durch Nekrose eintritt. Bei 5 Thieren außer denen, welche in den ersten 20 Tagen starben, wurde die Sektion gemacht. Nach der Zerstörung der Nebennieren hat T. nur selten irgend welche nervöse Symptome beobachtet. Bei wenigen Kaninchen stellte sich eine Kontraktur einer der oberen oder unteren Extremitäten ein, die meist bald wieder verschwand und nur ausnahmsweise zur Lähmung und zum Tode führte. In solchem Falle fand sich bei der Autopsie Erweichung und meningeales Exsudat im Rückenmark.

Mehrere der gesund bleibenden Thiere zeigten dagegen nach einiger Zeit, nämlich ca. 70 Tage nach der Operation, eine braune Pigmentirung an der Schnauze. Und zwar bildet sich zuerst eine starke braune Linie um Mund und Nase an der Stelle, wo die lange Behaarung aufhört und sich nur feine Härchen vorfinden. Diese Linie grenzt sich nach der Schleimhaut zu scharf ab, während sie nach der Haut zu eine allmähliche Abschwächung erfährt. Später erscheinen dann auch mehr oder minder dunkelbraune Flecke auf der Schleimhaut des Mundes und der Nase, zuweilen selbst auf der Zunge und dem Gaumen. War nur eine Nebenniere zerstört, so beschränkte sich die braune Pigmentirung auf die operirte Seite, überschritt jedoch auch manchmal etwas die Mittellinie. Alle derartigen Pigmentirungen treten jedoch nur bei schwarzen oder grauen Kaninchen, niemals bei weißen auf.

Bei den getödteten und secirten Thieren zeigte sich entweder an Stelle der zerstörten Nebenniere eine geringe Bindegewebsverdichtung, oder eine käsige Masse mit zahlreichen Riesenzellen oder

— wie in 2 Fällen — Zeichen einer Regeneration. In dem einen dieser Fälle fand sich 144 Tage nach der Operation sogar eine vollständig ausgebildete und anscheinend normale Nebenniere wieder, obwohl dieselbe bei der Operation zum größten Theil zerstört war. Im 2. Falle, der 26 Tage nach der Operation secirt wurde, war ein Knötchen vorhanden, bei welchem lebhafte Regeneration der corticalen wie der medullären Substanz und zugleich ein sehr feines Geflecht sympathischer Fasern und Ganglienzellen konstatirt wurde.

T., welcher nur eine vorläufige Mittheilung seiner Experimente veröffentlicht hat, behält sich weitere Untersuchnngen vor.

Kayser (Breslau).

---

2. **R. Pott** (Halle a|S.). Ein Beitrag zu den symmetrischen Missbildungen der Finger und Zehen.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 4.)

Die symmetrischen Missbildungen aller vier Extremitäten kommen unzweifelhaft seltener zur Beobachtung als die Missbildungen einer einzelnen Extremität. Verf. geht näher auf die Polydaktylie, Adaktylie und Syndaktylie ein, und betont die Erblichkeit dieser Missbildungen, die sich 5, 6 ja 10 Generationen hinauf verfolgen lassen. Er hatte selbst Gelegenheit eine Familie zu untersuchen, bei deren Mitgliedern sich eine eigenthümliche Missbildung des Daumennagelgliedes an beiden Händen bis auf die Urenkel fortgeerbt hatte. Aus dem beigegebenen Stammbaum dieser Familie ist ersichtlich, dass Zwischenglieder gesund waren, aber die Kindeskinder wieder durch die eigenthümliche Verbildung ihrer Daumen als Familienangehörige gekennzeichnet wurden. Kehren diese Missbildungen in derselben Generation bei den verschiedenen Descendenten wieder, kann man dies als direkte Vererbung auffassen. Tritt die Missbildung bei Kindern auf, wo Eltern und Ascendenten, so weit der Nachweis möglich ist, gesund waren, so spricht man von indirekter Vererbung. Ein eklatantes Beispiel für das wiederholte Auftreten derselben Missbildung unter den Kindern einer in keiner Weise hereditär belasteten Familie bietet die oft genannte Mikrocephalenfamilie Benker in Offenbach. Unter 7 von vollständig gesunden Eltern abstammenden Kindern befinden sich 4 Mikrocephalen und 3 Gesunde. Verf. erwähnt dann einer Arbeiterfamilie Wilke in Giebichenstein bei Halle, in der unter 4 Kindern zwei an hochgradiger fast völliger symmetrischer Defektbildung der Hände und Füße leiden. Die genaue Beschreibung ist im Original nachzulesen. Hinsichtlich der Zeit, in welcher diese Missbildungen entstehen, sind 4 Möglichkeiten ins Auge zu fassen: 1) die ihrer Form nach bereits fertig gebildeten Extremitäten des Embyro resp. des Fötus werden durch irgend welche intra- (oder extra-?) uterin einwirkende Störungen verstümmelt. 2) Die normale Entwicklung der Gliedmaßen wird gestört (Hemmungsbildung). 3) Noch vor der Extremitätenanlage ist ein unbestimmtes störendes Agens in dem

ersten Entwicklungsstadium des befruchteten Eies zur Wirkung gekommen. 4) Die betreffende Missbildung kann bereits in der Keimzelle, dem Sperma, oder dem unbefruchteten Ovulum vorgebildet gedacht werden.

Wir kennen demnach 1) Spontanamputationen, 2) Bildungsdefekte. Die bedingende Ursache hat man in den Adhärenzen des Amnion zu finden geglaubt. Solche Adhärenzen sind als Bildungsfehler des Amnion und nicht als die Produkte von Entzündungszuständen aufzufassen. Dieselben kommen im Beginn der dritten Woche zu Stande, fallen also mit der Bildung des Amnion zusammen. Verf. hebt nun hervor, dass dieselben Missbildungen nicht bloß bei Amnioten, sondern auch bei Thieren zur Entwicklung kommen, die eines Amnion völlig entbehren (z. B. bei den Fischen) und gegen die rein mechanische Entstehungsweise der Extremitäten-Missbildungen spricht einmal die Symmetrie, zweitens die Erblichkeit der hier in Frage kommenden Zustände. Nach Besprechung der angeborenen Luxationen und anderen Missbildungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass auch für die hereditären symmetrischen Formen der Syndaktylie und Adaktylie eine dynamische Entstehungsweise angenommen werden müsste, dass bereits im Keime die Vorbildung gewisser Extremitäten-Missbildungen zu suchen seien. **Kohts** (Straßburg i/E.).

---

3. **Prior.** Über den Einfluss des Chinin auf den Stoffwechsel des gesunden Organismus.

(Archiv für die ges. Physiologie Bd. XXXIV. p. 237—275. Mit 2 Kurventafeln.)

Verf. hat die Einwirkung größerer und kleinerer Chinindosen auf den Umsatz der stickstoffhaltigen Körperbestandtheile einer erneuten sorgfältigen Untersuchung unterzogen. In einer größeren Versuchsreihe bei gleichmäßiger, Stickstoffgleichgewicht bedingender, Ernährung war Verf. selbst das Versuchsobjekt; die Wirkung auf den hungernden Organismus wurde bei einer Hündin, deren Harn durch 2mal tägliches Katheterisiren gewonnen wurde, beobachtet.

In der ersten Versuchsreihe überzeugte sich Verf. durch tägliche Kothanalysen davon, dass die Resorption im Darme durch Chinin nicht beeinträchtigt wird (was auch Oppenheim, Pflüger's Archiv Bd. XXIII p. 477, fand).

Die Wasserausscheidung im Harn wurde durch das Chinin regelmäßig gesteigert, um so sicherer wird der aus der Verminderung der gelösten Harnbestandtheile gezogene Schluss, dass es sich wirklich um eine Behinderung der Bildung dieser Stoffe, nicht um eine Alteration der Ausscheidungsbedingungen handelt.

Die vermehrte Diurese wird aus einer direkten Reizung der harnbildenden Organe, die sich bei mittleren Dosen in starkem Harndrang und Schmerz beim Uriniren, bei der Maximaldose von 4 g pro die auch in Schmerzhaftigkeit der Nierengegend äußert, abgeleitet. Den stärksten Abfall zeigt, in Übereinstimmung mit früheren Befunden

(Ranke, Hammond, Bosse) die Harnsäure, deren Menge schon bei der kleinsten benutzten Dosis um 45% unter den Normalwerth sank, bei 4 g pro die aber um 90% vermindert war; auch bei den übrigen untersuchten Harnbestandtheilen war der durch das Chinin bewirkte Abfall im Allgemeinen der eingenommenen Menge entsprechend. Er betrug

für	Harnstoff	14—29%
»	Chlornatrium	5—15%
»	Schwefelsäure	20—50%
»	Phosphorsäure	14—42%

Auch bei der hungernden, im Stadium der gleichmäßigen Harnstoffausscheidung befindlichen Hündin, traten die beiden wesentlichen Wirkungen des Chinin, starke Verminderung der Harnstoffausscheidung bei mäßig verstärkter Diurese deutlich hervor.

(Ref., der bereits im Jahre 1868 an sich selbst ebenfalls starke Verminderung der Harnstoffproduktion durch Chinin beobachtete [Bonner Dissertation von Ad. Schulte 1870], darf wohl darauf hinweisen, dass die Befunde von gleichbleibender oder gar gesteigerter Harnstoffausscheidung nach Chinin [vgl. z. B. die oben citirten sehr sorgfältigen Selbstversuche von Oppenheim] nicht ohne Weiteres für falsch erklärt werden dürfen, dass also wohl bei der Wirkung des Chinin auf den Stoffwechsel noch irgend ein der Aufklärung harrender Punkt in Frage komme.) **N. Zuntz** (Berlin).

---

4. **Renaut.** La néphrite congestive aiguë infectieuse.
(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 17—19.)

Im Anschluss an zwei in seiner Klinik beobachtete Fälle bespricht R. das Krankheitsbild der akuten infektiösen Nephritis, die nicht als Nachkrankheit oder Komplikation anderer Infektionskrankheiten, sondern als selbständige Erkrankung sui generis auftritt. Mit der Diagnose »Typhus« war eine Frau in das Krankenhaus eingeliefert worden, deren genauere Beobachtung von den klassischen Symptomen des Typhus keines zeigte; dagegen beobachtete man sehr hohe, ohne jede Remission kontinuirlich ansteigende Temperatur, die nach wenigen Tagen 40,5° erreichte, und starke Albuminurie. Der Urin war spärlich, dunkel gefärbt, enthielt massenhaft rothe und farblose Blutkörperchen, aber nicht einen einzigen Cylinder. Die Krankheit hatte nach ca. 8tägigen Prodromen mit hohem Fieber und Erbrechen eingesetzt, es bestand ganz geringes Knöchelödem. Der unter entsprechenden Vorsichtsmaßregeln aus der Blase entnommene Urin enthielt während des Höhestadiums des Fiebers und noch 8 Tage nach eingetretener Entfieberung eine allmählich abnehmende Menge von Kokken, und zwar sowohl isolirte wie Diplo- und Triplokokken. In dem zweiten Fall entstand eine akute Nephritis im Verlauf einer zur Eiterung gelangten Mastitis. Die Affektion verlief mit starkem allgemeinem Anasarca, gelangte aber schnell zur vollständigen Heilung.

Die Untersuchung des Urins auf Mikrokokken fehlt in diesem Falle. An diese beiden Fälle knüpft R. eine recht interessante Erörterung über die Eintheilung der Nephritiden und speciell über die Natur der nach und im Verlaufe von akuten Infektionskrankheiten auftretenden Nierenentzündungen. Er stellt hier 2 Typen auf: die Typhusnephritis und die Scharlachnephritis. Erstere ist anatomisch charakterisirt durch die Coagulationsnekrose der harnabsondernden Epithelien, bei relativem Intaktsein der harnausführenden Wege; klinisch durch Fehlen des Ödems, reichliches Auftreten von Cylindern im Harn, der dagegen nur wenige Blutelemente führt. Die Scharlachnephritis ist dagegen eine akute infektiöse Entzündung, die vor Allem die bindegewebigen Theile der Niere berifft, starkes Ödem macht und durch Kompression der Gefäßschlingen im Glomerulus schnell zur Anurie und zu starkem Ödem führt. Der Urin enthält keine Cylinder, aber massenhafte rothe und farblose Blutkörperchen. Die Affektion zeigt die größte Ähnlichkeit mit dem Erysipel der Haut. Die oben erwähnten beiden Fälle schließen sich im Wesentlichen der Scharlachnephritis an, sind aber weder im Gefolge von Scharlach noch einer anderen Infektionskrankheit, sondern auf unbekanntem Wege als selbständige Nierenentzündungen entstanden.

G. Kempner (Berlin).

---

5. **A. Huff.** Über Febris recurrens. Nach Beobachtungen in der Epidemie 1883|84 im allgemeinen Krankenhause zu Riga.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1884.

Die statistischen Mittheilungen des Verf. erstrecken sich auf 585 Fälle aus seinen Beobachtungen, die besonders, was Symptomatik der Krankheit betrifft, eingehend geschildert werden und manches Neue bieten: Unter den 585 Kranken waren 84,3% Männer, 15,7% Weiber. Die meisten Erkrankungen fallen auf das 20. bis 40. Lebensalter. Über Inkubationszeit und Prodrome war nichts zu eruiren. Von 393 der Fälle verliefen mit einem Anfall $13^3/_4$, mit zweien $44^1/_2$, 3 : $36^2/_3$, 4 : $4^1/_3$, 5 : $^3/_4$%. Die Durchschnittsdauer des 1. Anfalles war 6,4 Tage, der 1. Intermission 7,8; des 2. Anfalles 3,7, der 2. Intermission 9,3; des 3. Anfalles 2,5, der 3. Intermission 9,0; des 4. Anfalles 2,0, der 4. Intermission 8,0; des 5. Anfalles 3,6 Tage. Unter »Temperatur« werden die Beziehungen des Febris recurrens zur Intermittens beschrieben. Als Komplikationen seitens des Cirkulationssystems beobachtete Verf. 1mal Perikarditis (günstig verlaufen), 1mal Perikarditis und Endokarditis mit Embolie der linken A. fossae Sylv. und Exitus. Epistaxis in 7%; 2mal Darmblutung, darunter 1mal mit chronischer Enteritis und schließlichem Exitus. Dreimal Hämoptoe. Die Untersuchung des Blutes zeigte meist während des Anfalles Spirillen, wenn diese auch nicht in jedem Anfalle gefunden wurden (vgl. Spiess). Zu der Untersuchung benutzte Verf. das

defibrinirte Blut, welches durch Stich aus dem Ohrläppchen gewonnen, in einem Kapillarröhrchen aufgefangen, nach 2stündigem Luftabschluss untersucht wurde. Seitens des Respirationssystems war Bronchialkatarrh in 22 % Fällen vorhanden; in 2,4 % Pneumonie mit 42,8 % Mortalität, Pleuritis in 1,19 %, immer humida. 14mal wurden Phthisiker von der Recurrens befallen. Parotitis in 3 Fällen als Nachkrankheit; Erbrechen nicht häufig, 1mal Blutbrechen, Exitus: purulente Peritonitis. In 11 % Durchfälle. Milz in 98 % als vergrößert nachgewiesen, Leber in 22,7 %, Ikterus in 13 %, von letzteren starben 40,9 %. Albuminurie in 10 %, 2 Todesfälle an akuter hämorrhagischer Nephritis. An der Haut wurden beobachtet in $1^1/_2$ % Miliaria crystallina, Herpes labialis und nasalis in 2,56 %; 2mal Urticaria, 1mal Roseola (letal); Petechien in 11,5 % (4mal letal); Erysipelas faciei 1mal, Decubitus 2mal; kleienförmige Desquamation der Haut in der Rekonvalescenz 2mal, Abscedirung des Unterhautzellgewebes 3mal vereinzelt, des intermuskulären Bindegewebes 1mal multipel. Ödeme in 10,5 %. Drei Jahre bestehendes Eczema faciei, im Krankenhause seit 7 Monaten vergeblich behandelt, war geschwunden nach Ablauf des 29 Tage dauernden Processes. Nagelveränderungen wurden in 11 Fällen konstatirt in Gestalt von querverlaufenden Rinnen resp. weißlichen Streifen, an Zahl entsprechend der Zahl der Anfälle. Gliederschmerzen sehr häufig; 2mal Neuralgien, 17mal Delirien. Zweimal rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie, wovon eine mit psychischer Störung einhergehend heilte. Neunmal Iritis mit Heilung. Zweimal Otitis media. Vier Schwangere abortirten. Mortalität = 4,6 %, darunter 24 Männer, 2 Frauen. Von den 27 Gestorbenen kamen 26 zur Sektion. Die Befunde werden kurz geschildert. Die Therapie war symptomatisch und exspektativ. Specifische Behandlungsversuche mit Natron salicyl. und Arsenik negativ. **P. Hesse** (Greifswald).

---

6. J. **Wortmann.** Beitrag zur Meningitis tuberculosa im kindlichen Alter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XX. Hft. 3.)

Verf. berichtet über 56 Fälle von Meningitis tuberculosa, die Prof. Kohts auf der Kinderklinik in Straßburg beobachtete. Die von W. angeführten Schlusssätze sind folgende: 1) Die Meningitis tuberculosa ergreift gleichmäßig beide Geschlechter. 2) Käseherde, verkäste Hals- und Bronchialdrüsen sind der Ausgangspunkt der Meningitis tuberculosa. 3) Keuchhusten und Masern sind am häufigsten von Tuberkulose gefolgt, und anscheinend recht oft bei anscheinend gesunden Kindern. In der Hälfte der Fälle war keine Heredität nachweisbar. 4) Die Meningitis tuberculosa ist stets mit Fieber verbunden, das jedoch ganz atypisch verläuft. 5) Unter 26 Fällen von Meningitis tuberculosa sahen wir 3mal keine M. spinalis. Hyperästhesie der Unterextremitäten, des Bauches, Opisthotonus, Ischuria paradoxa,

deuten auf die Gegenwart der M. spinalis hin, das Fehlen dieser Symptome schließt die M. spinalis nicht aus. 6) Tumoren des Rückenmarks verlaufen meist latent. In dem in der Kinderklinik beobachteten Falle bestand wie bei Eager und Laurence Lähmung einer Extremität. 7) Gehirntuberkel verlaufen in den meisten Fällen latent. Nur bei größerer Ausdehnung und schnellerem Wachsthum bedingen sie Symptome. 8) Chorioidaltuberkel sichern die Diagnose auf Meningitis tuberculosa, und da dieselben ziemlich selten (unter 27 Fällen 4mal) und vorwiegend im letzten Stadium gefunden werden, so ist die ophthalmoskopische Untersuchung für die Sicherstellung der Diagnose meist ohne Belang. Das häufigere Vorkommen der Papillitis bei Meningitis und der Stauungspapille bei Gehirntumoren mag für zweifelhafte Fälle entscheidend sein. Doch wird hervorgehoben, dass bei Meningitis auch Stauungspapille, und bei Gehirntumoren das Fehlen derselben beobachtet ist.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

7. **Simmonds.** Das Empyem im Kindesalter und seine Behandlung.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV. Hft. 5 u. 6.)

Die Statistik, welche Verf. gemacht hat, zeigt, dass wie bei Erwachsenen, so auch im Kindesalter das Empyem vorzugsweise das männliche Geschlecht betrifft. Die Perforation soll häufiger nach innen, als nach außen erfolgen, eine Angabe, über welche die Akten (bes. für das Kindesalter) wohl noch nicht geschlossen sind. Für die Diagnose ist die Probepunktion unentbehrlich und auch sicher unschädlich, wie die große Anzahl der im Hamburger Krankenhause alljährlich ausgeführten Probepunktionen beweist. Betreffs der Therapie äußert sich Verf. dahin, dass »jedes einfache Empyem unter allen Umständen zu operiren sei«, ein Satz, den er selbst an einer anderen Stelle seiner Abhandlung dadurch einschränkt, dass er sowohl aus der Litteratur, als aus seiner eigenen Praxis Fälle von Heilung ohne jeden therapeutischen Eingriff anführt. Als einzige, allen Anforderungen genügende Operationsmethode stellt Verf. die permanente Aspirationsdrainage auf, wie sie von Bülau zuerst konsequent in Hamburg durchgeführt worden ist. Die acht auf diese Weise behandelten Fälle nahmen einen glücklichen und raschen Verlauf, in einem neunten Falle musste nachträglich die Rippenresektion gemacht werden. Zur völligen Bestätigung des Schlusssatzes: »Die permanente Aspirationsdrainage ist für das unkomplicirte Empyem der Kinder die einfachste und am schnellsten zur Heilung führende Methode«, bleiben jedenfalls weitere Erfahrungen abzuwarten.

M. Cohn (Hamburg).

---

8. Verhandlungen des III. Kongresses für innere Medicin.

(Fortsetzung und Schluss.)

5. Sitzung. 23. April 1884 (Vormittags).

Referent: **Leube,** Korreferent: **Ewald.** Über nervöse Dyspepsie.

Während die Kenntnis der Dyspepsie, der krankhaften Verdauung im Allgemeinen schon bei Galen sich findet und in der Zwischenzeit vielfach modificirt und erweitert wurde, ist die der nervösen Dyspepsie verhältnismäßig jungen Datums. Das Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie ist schwer abzurunden, da bei dem Fehlen von anatomischen Veränderungen am Magen die Beobachtung sich nur auf die klinische Symptomatologie koncentriren kann. Die verschiedenen Erscheinungen, die hierher gehören, sind in einzelnen Fällen mehr oder weniger vollständig vereinigt, in anderen Fällen besteht nur das eine oder andere der Symptome in oft Jahre lang dauernder Gleichförmigkeit.

Die häufigsten Symptome sind Aufstoßen und das Gefühl von Völle und Druck in der Magengegend, Ructus mit Entleerung geschmack- und geruchloser Gase. Erbrechen findet sich ziemlich selten und dieses wird nicht durch die gewöhnlichen Anlässe wie bei Magenkranken hervorgerufen, sondern es genügt hier speciell die abnorme Erregbarkeit der Magennerven, um schon durch den an sich normalen Verdauungsakt eine Reizung jener Nervenfasern zu erzielen, die zum Erbrechen führt. Auch das Gefühl des Druckes und der Völle im Epigastrium ist nur der Ausdruck davon, dass für den Magen des Nervös-Dyspeptischen die gewöhnliche Arbeit der Verdauung bereits eine schwere Last geworden ist. Selten ist eine Empfindlichkeit des Magens gegen Druck zu konstatiren. Zu weiteren Symptomen gehört Übelkeit und Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Heißhunger und Gefühl des Globus. Als nervöse Begleiterscheinungen finden sich Kopfschmerz oder Eingenommenheit des Kopfes, Störung des Schlafes, selten auffällige Schläfrigkeit oder ausgesprochene Müdigkeit, Herzklopfen, Gefühl von Beklemmung, Singultus, Gähnen, Geschmacksalterationen verschiedener Art. Das Verhalten des Stuhles ist in der Mehrzahl der Fälle nicht normal. Dem sog. Magenschwindel ist schon früher eine gewisse Bedeutung beigemessen worden, auch L. nimmt einen Konnex zwischen dem Schwindel und dem Magen bei Nervös-Dyspeptischen an.

Wenn dieser Symptomenkomplex vollständig ist und das betr. Individuum zu nervösen Störungen überhaupt disponirt erscheint, so ist die Diagnose nicht schwer zu stellen, dürfte aber in vielen Fällen recht schwierig sein. In $^3/_4$ der Fälle begann die ganze Krankheit sofort mit Magenbeschwerden, in $^1/_4$ der Fälle folgte die Dyspepsie einer allgemeinen Nervosität. Um die vorliegende Form der Dyspepsie von anderen Formen derselben, welche lediglich als Folgen palpabler Veränderungen des Magens aufzufassen sind, zu unterscheiden, käme es darauf an, festzustellen, ob der Verdauungsakt im Magen in zeitlicher (und chemischer) Beziehung in den normalen Grenzen verläuft. Und dies könne durch nichts leichter und sicherer geschehen als durch eine Probeausspülung. Konstatirt man bei einer Probeausspülung, die in der 7. Stunde nach der Mahlzeit vorgenommen wird, absolute Leere des Magens, trotzdem während der Zeit der Verdauung intensive dyspeptische Beschwerden vorhanden waren, so spräche dieses Missverhältnis zwischen dem Ausspülungsbefund und den oft sehr lebhaften Unbequemlichkeiten für das Vorhandensein der nervösen Dyspepsie. Außerdem weist L. auch noch auf eine Reihe von differentiell-diagnostischen Zeichen hin, die geeignet sind, die nervöse Dyspepsie von anderen Magenkrankheiten zu unterscheiden.

Der Charakter der nervösen Dyspepsie ist wesentlich in einer perversen Reaktion der Magennerven und des Gesammtnervensystems auf die Verdauung zu suchen, und es können alle möglichen Ursachen centraler und peripherer Natur die Dyspepsie veranlassen. Relativ häufig gab in L.'s Fällen die allgemeine Nervosität und die Malariainfektion den Anlass zum Ausbruch der nervösen Dyspepsie, vor Allem aber auch die Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane, in der Mehrzahl der Fälle aber bestimmten unbekannte Ursachen die Entstehung der nervösen

Dyspepsie, wofür schon der Umstand allein spricht, dass bei 3/4 der Pat. die Krankheit sofort mit Magenbeschwerden begann.

Die Prognose kann der Ref. nicht günstig stellen, da vollkommene Heilungen selten vorkommen, auf die Therapie geht derselbe nicht ausführlicher ein, indem er auf das Korreferat verweist.

Der Korref. ist der Anschauung, dass man bei Betrachtung der hier in Frage kommenden Zustände sich nicht darauf beschränken dürfe, allein sein Augenmerk auf den Magen zu richten, sondern dass in eben so hohem Maße die Erscheinungen von Seiten des Darmtractus in Betracht gezogen werden müssten, da solche Kranke neben gestörter Magenverdauung immer auch an fehlerhafter Darmverdauung leiden. Demnach müsste man sagen, dass die nervösen Verdauungsbeschwerden den ganzen Intestinaltractus betreffen, jedoch mit der Maßgabe, dass bald mehr der Magen, bald mehr der Darm afficirt ist. Dieser Anschauung zufolge schlägt Korref. für die Gesammtheit dieser Erscheinungen den Ausdruck Neurasthenia dyspeptica vor.

Von den oben angeführten Symptomen ist kein einziges der Neurasth. dyspept. als solcher eigenthümlich, sie kommen alle in gleicher Weise den Erkrankungen des Intestinaltractus mit anatomischer Basis zu. Mit den Ausführungen des Ref. über die Frage nach dem Zusammenhang der Dyspepsie mit der allgemeinen Nervosität kann sich Korref. nicht einverstanden erklären, da er die Dyspepsie immer nur als die Folge, nicht als den Anlass des Leidens ansieht. Es bestehen krankhafte Sensationen der Magen-Darmnerven, welche sich in den verschiedensten Störungen äußern. Diese Störungen haben ihre erste Ursache in Störungen des Centralnervensystems und wirken wiederum auf dasselbe zurück, so dass sich hier eine Art schädlicher Wechselwirkung ausbildet. In der Mehrzahl der Fälle sind die dyspeptischen Zustände mit anderen Symptomen vereint, stellen den Ausdruck einer allgemeinen Nervenschwäche dar und nehmen nur einen hervorragenden Rang in dem Krankheitsbilde ein. Auch mit der Probeausspülung und den hieraus zu ziehenden Schlüssen kann sich Korref. nicht recht einverstanden erklären, da man manchmal bei ganz Gesunden auch nach der 7. Stunde noch Speisereste im Magen findet und andererseits auch bei wirklich Magenkranken der Magen zu dieser Zeit leer gefunden wird.

In Bezug auf die Therapie sind vor Allem jene Medikationen angebracht, welche auf eine Kräftigung und Beruhigung des Nervensystems theils direkt, theils indirekt abzielen. Von der Elektricität kann sehr viel nicht erwartet werden. Was die Diät betrifft, so hält Korref. für nöthig, auf die Kranken einen möglichst starken moralischen Druck auszuüben, dass sie eine reizlose, wenn auch nicht kärgliche Diät in angemessenen Quantitäten nehmen. Viel kommt auch darauf an, den Kranken eine größere Auswahl von Speisen zur Verfügung zu stellen. Von Arzneimitteln empfehlen sich Chinin und Arsen als Tonika, Belladonna (0,05—0,1) gegen Obstipation, die auf Krampf der Darmmuskulatur beruht. Chloral und Opium können wohl kaum entbehrt werden.

In der Diskussion schlägt Finkler vor, den Namen der Dyspepsie zu streichen und bestreitet den Werth der Probeausspülungen, da aus seinen eigenen Untersuchungen hervorgeht, dass es möglich ist, schon wenige Stunden nach Einnahme der Nahrung bei normal funktionirendem und bei nervös erkranktem Magen eine höchst eingehende Peptonbildung nachzuweisen, dass man aber unmöglich specifische Zeichen angeben könne, aus denen man sagen könne, der Magen sei im Zustande einer Dyspepsie, als deren Ursache anatomische Veränderungen des Magens nicht angenommen werden dürften.

Senator theilt einen Fall mit, bei dem es sich um die Symptome der nervösen Dyspepsie gehandelt hatte und der geheilt wurde, nachdem eine Bandwurmkur von Erfolg begleitet war. Bei Wanderniere kommen die gleichen Beschwerden vor und werden beseitigt durch Bettruhe.

Jürgens weist darauf hin, dass man bei dem Suchen nach anatomischen Veränderungen bei gastrischen Processen sich nicht auf Magen und Darm beschränken dürfe, sondern dass man auch Mesenterium und Splanchnicus untersuchen müsse.

Gegen die Bezeichnung der nervösen Dyspepsie wendet sich auch Rossbach und schlägt den Namen vor: digestive Reflexneurose.

Rühle weist darauf hin, dass bei manchen Formen der nervösen Dyspepsie die Sonde nicht nur als diagnostisches sondern auch als therapeutisches Hilfsmittel benutzt werden müsse. Nach einer kurzen Bemerkung Meinert's über etwaige materielle Ursachen, die das Bild der nervösen Dyspepsie hervorrufen, wendet sich der Ref. gegen die Angriffe, die auf seine Methode der Probeausspülung und auf die von ihm vorgeschlagene Krankheitsbezeichnung gemacht sind und zum Schluss kommen noch einige Bemerkungen vom Korref. über den diagnostischen Werth der Untersuchung des Mageninhaltes.

6. Sitzung (Nachmittags).

Goltz. Über Lokalisationen der Funktionen des Großhirns.

In der Einleitung zu seinem Vortrage unterwirft G. die Untersuchungen und Ansichten der auf dem Gebiete der Lokalisation der Funktionen des Großhirns thätig gewesenen Autoren einer ziemlich abfälligen Kritik und sucht seine eigenen Anschauungen über diese Seite der experimentellen Physiologie durch Demonstration eines operirten Hundes zu stützen. Dieses Thier, dem die Centren der Gliedmaßen (Fühlsphären) auf beiden Seiten zerstört sein sollen, vermochte seine Gliedmaßen zu gebrauchen, und die leichtesten Tasterregungen noch wahrzunehmen, aber es fehlte ihm die Fähigkeit, bestimmte Gruppen von Muskelfasern zweckentsprechend bei gewissen Handlungen spielen zu lassen, was besonders auffallend bei der Nahrungsaufnahme hervorzutreten pflegt.

Als kennzeichnend für die Thiere mit großem Substanzverluste des Vorderhirns werden von G. angeführt die zum Theil wunderlichen Reflexe, welche in großem Reichthum vorhanden seien und sich mit ähnlicher Sicherheit abspielten, wie die Reflexe bei einem geköpften Frosche. Ferner sollen solche Hunde eine auffällige Veränderung ihres Charakters zeigen, indem fromme gutmüthige Thiere äußerst reizbar, bösartig und bissig werden, nachdem ihnen die sog. erregbare Zone beiderseits genommen ist. Umgekehrt sollen Hunde, welche die Hinterhauptslappen ganz oder zum großen Theile eingebüßt haben, gutmüthig und harmlos werden, sich ruhig und gemessen betragen und selbst dann nicht in leidenschaftliche Aufregung gerathen, wenn sie angegriffen und beleidigt werden. Die Reflexe seien bei diesen letzteren Thieren nicht gesteigert. Die Störungen, welche der Gesichtssinn erleidet, werden als Stumpfheit Gesichtseindrücken gegenüber bezeichnet. (Eine Kritik der G.'schen Lehren an dieser Stelle vorzunehmen, erscheint um so weniger am Platze, als spätere Publikationen von den angegriffenen Autoren seiner Zeit referirt werden sollen.)

Günther bringt im Anschluss an den Vortrag von G. die Zusammenstellung eines klinisch beobachteten, zur Sektion gelangten Materiales reiner Mantelläsionen, welches sämmtliche in den letzten 5 Jahren im städtischen allgemeinen Krankenhause zu Berlin secirten Fälle dieser Art, im Ganzen 62, umfasst.

Rosenthal eröffnet die Diskussion mit der Skizzirung des Standpunktes, den er als Physiologe zur Lehre der Großhirnfunktionen einnimmt. Für ihn steht die Thatsache, dass es lokalisirte Gehirnfunktionen giebt, auf Grund der pathologischen Thatsachen fest, aus dem Experimente am Hunde könne höchstens das eine oder das andere von dem, was aus der Pathologie gelernt ist, bestätigt, aber dieses selbst nicht aus der Welt geschafft werden. Von der Demonstration des Versuchshundes hat R. den Eindruck erhalten, als ob die Sensibilität des Thieres nicht ganz intakt sei, besonders der Vorderpfoten und dass die Folge davon die ataktische und unsichere Art sei, dieselben zu gebrauchen.

Nothnagel sucht die Differenzen zwischen physiologischem Experiment und den klinischen Beobachtungen am Menschen zu erklären durch die Differenz zwischen Mensch und Thier, zumal gewisse Gebiete und Erscheinungen des physiologischen Experimentes nicht direkt vom Thier auf den Menschen übertragen werden dürfen, wie z. B. die Erscheinung zeigt, dass der Vagus des Kaninchens einen ganz anderen Tonus darbietet als der des Menschen.

Gegenüber den Äußerungen Rosenthal's über die Stellung der Physiologie zur Pathologie nimmt speciell für das in Rede stehende Gebiet Goltz den Standpunkt ein, dass jede von den beiden Wissenschaften selbständig vorgehen müsse.

Die Demonstration des Hundehirns am folgenden Tage ergab zwar eine Zerstörung der motorischen Zone, aber nur eine unvollständige, ohne dass jedoch Goltz diesen letzteren Punkt als etwas Wesentliches betrachtete.

Rossbach. Bericht über die Kommission zur Behandlung der Infektionskrankheiten.

Die Hauptaufgabe für den vorliegenden Zweck dürfte sein, die Kommission zu wählen und ihr dann die vom Vortr. für nöthig erachteten Aufgaben über Prüfung der ins Auge gefassten Stoffe auszutheilen. Erst nach Beendigung der Vorarbeiten der Kommission käme die Prüfung der von ihr vorgeschlagenen Mittel in ihrer Wirkung auf bestimmte Infektionskrankheiten. Die einzelnen Vorschläge des Ref. müssen im Original nachgesehen werden.

7. Sitzung. 24. April 1884 (Vormittags).

Riegel. Über die therapeutische Verwendung der Kaffeïnsalze bei Herzkrankheiten.

Der Vortrag ist schon in No. 30 des Centralblattes referirt, an der Diskussion betheiligten sich nur Rumpf und Jürgensen.

Unna. Über Dünndarmpillen.

Ausgehend von dem Gedanken, dass es für manche Krankheitszustände wie für manche Arzneimittel zweckmäßig sei, dass letztere erst nach dem Passiren des Magens zur Lösung und Resorption gelangten, suchte U. ein Pillenkonstituens aufzufinden, welches mit Benutzung der natürlichen Reaktionen des Darmkanales für den Magen absolut unlöslich, für den übrigen Darm jedoch löslich sei. Diese Forderungen schienen erfüllt durch die (auf der vorjährigen Hygieneausstellung ausgestellten) keratinirten Dünndarmpillen, die sich in der Praxis gut bewährten, aber nicht allen theoretischen Anforderungen entsprachen, da sie im Reagensglase rasch Feuchtigkeit aufnahmen, aufquollen und die Keratinschale sprengten. Um nun den Pilleninhalt vor Feuchtigkeit zu schützen, musste er so mit Fett getränkt werden, dass er kein Wasser mehr anziehen konnte. Die mit Fett verarbeiteten Medikamente wurden zu Pillen ausgerollt, noch einmal mit Kakaobutter überzogen und dann mehrmals mit Keratinlösung überzogen und getrocknet. Für die Verabreichung in dieser Form eignen sich 1) solche Medikamente, welche bei längerer Darreichung die Schleimhaut des Magens reizen (z. B. Salicylsäure, Eisenchlorid, Sublimat, Wurmmittel), 2) solche, welche die Verdauung im Magen schädigen, indem sie mit Pepsin und Peptonen unlösliche Niederschläge bilden (Tannin, Arg. nitr.), 3) solche, welche durch den Magensaft theils unwirksam, theils in unerwünschter Form zersetzt werden (Seife, Galle, Kohle etc.), 4) solche, welche man möglichst koncentrirt in den Dünndarm gelangen lassen will, 5) solche Medikamente, deren entferntere Wirkung auf Magenleiden man ohne die lokale zu erzielen wünscht.

In der Diskussion bemerkte Ewald, dass er, um Pankreatin mit Umgehung des Magens in den Darm einzuführen, Kapseln von kieselsaurem Natron hatte anfertigen lassen, welches in saurer Flüssigkeit nicht löslich, dagegen in alkalischer löslich ist; doch waren die Resultate mit diesen Proben nicht sehr erfreulich.

Schreiber. Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen.

Die experimentellen Untersuchungen des Vortr. über das Kniephänomen haben ergeben, dass dasselbe keineswegs ein ausschließliches Präpatellarsehnenphänomen ist, sondern eben so gut ein Vastus-medius-Sehnenphänomen, ein Fascien-Kapsel-Gelenkflächenphänomen sein kann, dass es vielleicht das Produkt der mechanischen Reizung aller der genannten Komponenten des Kniegelenks ist. Dass außer den von Westphal aufgestellten Bedingungen (Tonus, Spannung des Muskels, Schwingungsfähigkeit der Sehne) für das Zustandekommen des Kniephänomens auch noch

eine Vierte unerlässlich ist, die Beugestellung des Knies, erweisen die Thierversuche des Vortr. zur Evidenz, da dieselben nur dann ein positives Resultat ergaben, wenn das Knie gebeugt gehalten wurde.

Kühne (Wiesbaden). Über Kefir.

K. schildert das Wesentliche aus der Morphologie und dem Chemismus des Fermentes, von dem schon auf dem II. Kongress die Rede war (Hoffmann, s. Centralblatt 1883 No. 38) und die therapeutische Bedeutung des fertigen Getränkes. Zur Bereitung des Kefir, einer dem Kumys analogen gegohrenen Milch, dient gute Kuhmilch und die sog. Kefirkörner, von denen jedes aus 2 Elementen besteht, einer aus Fadenbakterien bestehenden Grundmasse und aus in diese eingelagerten Spaltpilzen. Als schädliche Beimengungen kommen Penicillium glaucum und Oïdium lactis vor. Unter dem Einflusse dieser Körner spaltet sich ein Theil Milchzucker in Alkohol und Kohlensäure, ein anderer wird in Milchsäure übergeführt, das Kaseïn gerinnt und wird theilweise in der sauren Molke gelöst, ein Theil des Kaseïn findet sich regelmäßig als Hemialbuminose, wahrscheinlich wird auch ein Theil der Albuminate peptonisirt. In dem Kefir ist das Kaseïn ungemein fein vertheilt und daher sehr leicht verdaulich, es kann desshalb dieses Mittel in Fällen krankhaften Stoffwechsels, bei Anämie, in der Rekonvalescenz nach schweren Krankheiten, bei Magen- und Darmkatarrhen, Säfteverlusten zweckmäßig verwendet werden. Neben der vortheilhaften Wirkung des Kefir auf die allgemeine Ernährung wird von russischen Ärzten noch eine schleimlösende und harntreibende hervorgehoben.

Schumacher II (Aachen). Beitrag zum Zusammenhang von paroxysmaler Hämoglobinurie und Syphilis.

Schon auf dem II. Kongress hatte Vortr. (in der Diskussion zu Ponfick's Vortrag, s. Centralblatt 1883 No. 38) auf den Zusammenhang zwischen Syphilis und Hämoglobinurie aufmerksam gemacht und berichtet jetzt ausführlicher über einen Fall, bei dem 1½ Jahre nach der Infektion mit Syphilis das erste Auftreten der paroxysmalen Hämoglobinurie beobachtet wurde. Im Verlaufe einer energischen (zweiten) antisyphilitischen Kur blieben die Anfälle ganz aus und sind seit einem Jahre nicht wiedergekehrt, obgleich Pat. anstrengenden Dienst Sommer und Winter zu machen hat. Aus dieser Beobachtung und ähnlichen von Murri (Bologna) folgert S. die Nothwendigkeit, in allen Fällen von paroxysmaler Hämoglobinurie nach dem etwaigen früheren Vorhandensein von Syphilis genau zu forschen und bei Auffinden dieses Faktums selbst bei zeitlichem Fehlen weiterer Syphiliserscheinungen eine ausreichende specifische Behandlung einzuleiten.

Edlefsen. Über die Wirkung des chlorsauren Kaliums auf das Blut.

Durch seine Versuche mit chlorsaurem Kalium auf das dem Körper entnommene Blut konnte Vortr. die Beobachtungen Marchand's in vollem Umfange bestätigen, allein es fragte sich noch, ob man das, was man am Blute außerhalb des Organismus wahrnahm, auch auf das cirkulirende Blut, so lange es seine lebendigen Eigenschaften bewahrt hat, übertragen dürfe. Die hierauf gerichteten Untersuchungen ergaben nun, dass bei reichlicher Sauerstoffzufuhr zum Blute die Umwandlung des Hämoglobin in Methämoglobin ganz bedeutend verzögert wird, woraus geschlossen werden kann, dass so lange die Aufnahme von O nicht irgend wie gestört ist, die deletäre Wirkung der chlorsauren Salze nicht zur Geltung kommt. Wird das Mittel aber angewandt bei Zuständen von mangelhafter Dekarbonisation des Blutes (Kehlkopfstenose, Cyanose), so ist die schädliche Wirkung des Mittels schon leicht verständlich.

Zuelzer. Über einige Bestimmungen des Eigengewichtes des menschlichen Körpers.

Aus den Bestimmungen des Vortr. über das Eigengewicht des menschlichen Körpers ergab sich, wenn das specifische Gewicht des Wassers = 1000 gesetzt wird, für 1 cbm Mensch im Mittel ein Gewicht von etwa 970, bei sehr kräftigen jugendlichen Individuen stieg das Eigengewicht auf 980. Pathologische Beobach-

tungen stehen dem Vortr. zu wenig zu Gebote, als dass er Genaueres zu sagen vermöchte, als dass sehr niedriges Eigengewicht bei einem mageren Individuum auf einen ungünstigen Ernährungszustand der wichtigsten Organe hindeutet.

Tobold. Demonstrationen eines Präparates mit Neubildungen in Larynx und Trachea.

Das Präparat stammt von einem 4jährigen Knaben, bei welchem 2 Jahre zuvor wegen Erstickungsanfälle die Tracheotomie gemacht werden musste. Stimmbänder und Taschenbänder waren in ihrer ganzen Ausdehnung nach oben und nach unten hin mit papillären Wucherungen durchsetzt, und eben solche fanden sich im mittleren Trachealrohre.

Lewin stellte in der neuen Charité einen Fall vor von Endocarditis mitralis mit rechtsseitiger Herzhypertrophie, bei dem an den Extremitäten symmetrisch sitzende erbsen- bis bohnengroße lividrothe Flecken und gleich große unregelmäßig geformte nekrotische Stellen sich zeigten, von denen einzelne einen gangränösen Charakter darboten.

Seifert (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

9. **Bockhart.** Zur Behandlung des Lichen ruber mit der Unna'schen Salbe.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1883. No. 3.)

Das genannte Medikament (Ung. Diach. 500,0, Ac. carbol. 20,0, Hydrarg. bichlor. corr. 0,5—1,0) hat einen seit 12 Wochen bestehenden Lichen rub. acum. universale bei täglich 2maliger Einreibung über den ganzen Körper in einem Monate zur Heilung gebracht (cf. dieses Centralblatt 1883 p. 253). B. hält dafür, dass die Unna'sche Behandlung den Arsenik in der Therapie des Leidens vertreiben werde.

Fürbringer (Jena).

10. **A. Zinnis.** Des Moyens les plus propres à prévenir les maladies aigues des voies respiratoires chez les enfants.

Athènes 1883.

Z. empfiehlt dringend den Gebrauch von Wollhemden. Während der Jahre 1869—1878, wo man sich der gewöhnlichen Baumwollenhemden bediente, starben im Findelhause zu Athen von 2581 Kindern 217 unter einem Jahre an akuten Erkrankungen der Respirationsorgane = $8^1/_2$%. Von 1879—1882, während welcher Periode man Flanellhemden tragen ließ, starben von 1712 Kindern in demselben Alter nur 72 = 4%, d. h. mehr als 50% weniger.

Kohts (Straßburg i/E.).

11. **B. Pernice.** Sopra un caso raro di essudato purulento peritoneale.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 33.)

Ein 22jähriger Kutscher, Potator, stürzte sehr heftig auf die rechte Seite und bekam in Folge dessen starke Schmerzen mit Konvulsionen. Es stellt sich Fieber, Schmerzen im Leibe und Erbrechen ein, der Kranke liegt einen Monat zu Bett, erholt sich aber wieder so, dass er Monate lang seinem Beruf nachgeht. Allmählich zeigt sich eine Volumszunahme des Leibes, die schließlich so bedeutend wird, dass der Kranke 3 Jahre nach dem erlittenen Unfall ins Hospital geht. Dort konstatirt P. einen Leibesumfang von 102 cm, deutliche und umfangreiche Fluktuation, Veränderung des Niveaus beim Lagewechsel, geringen Schmerz bei tieferem Eindrücken, ziemlich heftige Dyspnoe. Alle übrigen Organe und Funktionen sind normal: kein Fieber, kein Eiweiß etc. im Urin. Obwohl der objektive Befund völlig den Eindruck eines Ascites machte, glaubte P. doch, insbesondere nach der Anamnese, dass es sich um ein peritonitisches Exsudat handele. Bei der bald vorgenommenen Punktion werden nicht weniger als 18 Liter reinen Eiters entleert. Der Zustand des Pat. bessert sich sofort erheblich, bei der Palpation fühlt man eine diffuse, an den einzelnen Stellen verschieden starke Resistenz der Bauchwand,

was P. auf massenhafte Bildung von Pseudomembranen zurückführt. Pat. verlässt nach 8 Tagen das Hospital, kehrt aber nach 14 Tagen wieder zurück, um aus der Bauchhöhle 12 Liter Eiter entleeren zu lassen, 2 Monate später werden nochmals 8 Liter Eiter abgelassen. Von jetzt ab bleibt Pat. andauernd gesund und leistungsfähig. In einem Nachtrag wird jedoch mitgetheilt, dass der Kranke $1\frac{1}{2}$ Jahr nach der letzten Punktion in die med. Klinik aufgenommen und ihm dort ein abgesackter, 3 Liter haltender Eiterherd durch Schnittoperation mit nachfolgender Drainage mit bestem Erfolg eröffnet wurde.

Die auffallende Fieberlosigkeit trotz der massenhaften Eiterproduktion erklärt sich P. dadurch, dass in Folge der Pseudomembranen eine Resorption des Eiters in die Blutbahn verhindert war. **Kayser** (Breslau).

12. **Lubrecht** (Hamburg). Ein Beitrag zur Encephalopathia saturnina cum amaurosi.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 24.)

Ein Schlosser, der viel mit Blei zu thun hatte, bekam einen typischen Anfall von Bleikolik, nach dessen Aufhören die Erscheinungen der Encephalopathia saturnina mit vollständiger Amaurose auftraten. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Refraktion = E, nur ganz geringe Veränderungen am linken Auge, bestehend in einer leichten Verschleierung der circum-papillären Zone (Ödem). Die Pupillen reagirten weder auf gewöhnliche Beleuchtung, noch bei Accommodationsversuchen.

Therapeutisch wurde von Bädern Abstand genommen, dagegen Jodkalium und endermatisch Strychnin. nitr. 0,004 pro die verordnet. Nach 3 Wochen konnte Pat. als vollständig geheilt betrachtet werden. Zur Erklärung dieser Amaurose zieht L. die Untersuchungen Oeller's heran, wonach in der Netzhaut Ödem streckenweise hervortritt, speciell sich auf die Umgebung der Papille beschränkt (erstes Stadium der chronischen Vergiftung, dessen Erscheinungen der akuten Amaurosis saturn. als pathologisch-anatomisches Substrat hypothetisch vindicirt werden können).

Seifert (Würzburg).

13. **Michaelis.** Heftige Magenblutung nach einer Magenausspülung, erfolgreiche Kochsalzinfusion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 25.)

Ein 37jähriger Mann, bei dem zum ersten Mal die Ausspülung des Magens vorgenommen wurde, bekam einige Zeit nachher (2 Stunden) Bluterbrechen, das sich mehrfach wiederholte und durch die gewöhnlichen Mittel (Eis, Liquor ferri, Ergotin) nicht gestillt werden konnte. Durch den Blutverlust wurde der Pat. so hochgradig anämisch und kollabirt, dass er das Bewusstsein verlor und sein Puls unfühlbar wurde. Dieser Zustand veranlasste M. eine Kochsalzinfusion in die Vena mediana zu machen, mittels deren etwa 350 ccm Kochsalzlösung injicirt wurden. Es genügte schon diese Quantität (Schwartz hält 750—1000 cm für nothwendig), um den linken Ventrikel wieder mit genügender Quantität Flüssigkeit zu füllen, so dass das Missverhältnis zwischen der Quantität des Blutes und dem Lumen des Cirkulationsapparates ausgeglichen wurde.

M. glaubt auf Grund dieses Falles von der Magenausspülung bei Ulcus ventriculi dringend abrathen zu müssen. (Man wird ja im Allgemeinen bei frischem Ulcus diese Procedur nicht vornehmen, dagegen in Fällen, wie in dem in Frage stehenden, in welchem die Magenbeschwerden jahrelang ohne bestimmte Anzeichen eines Ulcus ventriculi bestanden, immer die Ausspülung des Magens machen müssen, wenn auch unter vielen Fällen einmal ein Unglücksfall eintreten kann, wie ihn M. geschildert hat. Ref.) **Seifert** (Würzburg).

14. **J. Bókai** jun. Chorea minor, Arsenbehandlung, Herpes zoster. (Beobachtet auf der Abtheilung des Herrn Prof. Bókai.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 4.)

Drei Pat., welche an Chorea minor litten, wurden mit Sol. arsenical. Fowleri behandelt. In allen 3 Fällen trat Herpes zoster ein. Verf. sagt nun, »entweder

müssen wir den Zoster mit der Chorea in innigeren Zusammenhang bringen, oder das Auftreten des Zoster ist durch die Arsenbehandlung bedingt. Im ersten Falle verbrauchte das 9 Jahre alte Mädchen während 30 Tagen 157 Tropfen Fowler'sche Lösung, im 2. Falle ein 10jähriges Mädchen bis zum Auftreten des Herpes in 48 Tagen 250 Tropfen arsenige Lösung, und endlich gebrauchte Emma Oe., zehn Jahre alt, in 54 Tagen 320 Tropfen Sol. arsen. Fowleri. Die kritische Übersicht zeigt, dass die Fälle des Verf.s mit Hutchinson's Beobachtungen vollkommen übereinstimmen, und darf man danach einen Kausalnexus zwischen Arsenbehandlung und Herpes zoster annehmen. Der Zoster ex usu arsenici ist nach den litterarischen Mittheilungen eine höchst seltene Erscheinung, B. beobachtete unter 113 mit Arsen behandelten Choreafällen nur 3mal Herpes zoster. Er macht darauf aufmerksam, dass die Verabreichung des Arsens über eine gewisse Grenze hinaus nicht fortgesetzt und sogleich sistirt werden soll, sobald die ersten unangenehmen Nebenwirkungen sich einstellen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

15. **F. Gaertner.** Multiple Atresien und Stenosen des Darmes bei einem neugeborenen Knaben. (Mittheilung aus der Kinderklinik zu Straßburg i/E.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XX. Hft. 4.)

Verf. theilt einen Fall von multiplen Atresien und Stenosen des Darmes bei einem Neugeborenen mit, und erklärt dieselben als durch Achsendrehung entstanden. Das Kind, welches bis zum 6. Tage nach der Geburt noch keinen Stuhlgang gehabt, und fäkulente Massen erbrochen hatte, wurde von Lücke operirt (Littré'sche Methode); dasselbe ging 12 Stunden nach der Operation zu Grunde. Bei der Autopsie fand sich die erste Verengerung ca. 30 mm vom Pylorus entfernt. Der Querdurchmesser betrug dort 12 mm, während er dicht vor dieser Stelle 30 mm und hinter ihr 15 mm beträgt.« Verfolgt man in dieser Gegend die Ansatzlinie des Mesenteriums, so zeigt sich, dass dieselbe in einer Länge von 4—5 cm eine ausgezogene unregelmäßige Spiraltour beschreibt, der Darm also in der Gegend dieser ersten Verengerung gewissermaßen eine Drehung um seine Längsachse erleidet, wodurch einerseits blinde Buchten zwischen Mesenterium und Darm entstehen, andererseits der Darm sich in Form konvexer Ausbuchtungen bald nach vorn, bald nach hinten wendet. Das unaufgeschnittene etwa 15 mm breite Jejunum nimmt nach unten immer mehr an Weite zu, um schließlich in einen Blindsack zu enden. Die Fortsetzung dieses Blindsacks wird von einem an ihn inserirten 1 cm langen und kaum 1 mm dicken soliden Strang gebildet. Die ausführlich beschriebenen Verengerungen und Stenosen des Darmes sind im Original nachzulesen. Im mitgetheilten Falle handelt es sich um hochgradige Einschnürungen des Dünndarmes, um totale Atresien an verschiedenen Stellen, doppelte Abschnürung des Dickdarmes, und zugleich haben sich Bindegewebsbrücken neu gebildet. Verf. glaubt, gestützt auf den Sektionsbefund so wie auf ein reiches kasuistisches Material, annehmen zu müssen, dass die erste Einschnürung durch eine Torsion des Darmes und Mesenteriums entstanden ist, indem sie durch theilweise Aufhebung der Blutzufuhr zu dem betreffenden Theile hin ein Schwinden des Darmes bewirkte. Auch die Stenose und Atresie im oberen Theile des Darmes sind durch Achsendrehung zu erklären. Die Veränderungen des letzten Darmabschnitts sind schwieriger zu erklären. Verf. stellt zuletzt folgende Sätze auf: 1) Die meisten Atresien und Stenosen des Darmes im Fötalleben entstehen durch Achsendrehung, 2) von der als Ursache angegebenen Peritonitis fehlen oft alle Residuen, 3) eine bestimmte Diagnose des Situs und der Zahl der Atresien ist unmöglich, 4) in vielen Fällen ist die Genese der Veränderungen des Darmes vollständig dunkel. **Kohts** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N°. 35. Sonnabend, den 30. August. **1884.**

Über die Beziehungen des Ammoniaks zur Glykogenbildung in der Leber.

Von

Dr. F. **Röhmann,**

Privatdocent und Assistent am physiologischen Institut zu Breslau.

Auf Grund einer hier nicht näher anzuführenden Kombination wurde ich von Herrn Geh.-Rath Heidenhain angeregt, mich mit der Frage zu beschäftigen, ob eine Beziehung zwischen dem per os eingeführten Asparagin und dem Glykogen der Leber besteht. Eine nach eigenem Plane an Kaninchen angestellte Versuchsreihe ergab das ganz unerwartete Resultat, dass sich ceteris paribus in der Leber desjenigen Thieres, welches neben Kohlehydraten (die Nahrung bestand nur aus Stärke, Zucker und Salzen) Asparagin erhalten hatte, in dem einen Falle drei-, im anderen elfmal mehr Glykogen fand, als in dem, dessen Nahrung nur Kohlehydrate enthalten hatte. Die Ver-

suchsbedingungen wurden variirt, führten aber stets zu demselben Ergebnis.

Es lag nahe daran zu denken, dass diese Wirkung des Asparagin keine specifische war. Das Asparagin wird wegen seiner ziemlich geringen Löslichkeit nicht als solches resorbirt, sondern durch die Fäulnis im Darmkanal unter Bildung von Ammoniak zersetzt (das resorbirte kohlensaure Ammoniak wird, wie bekannt und in obigen Versuchen bestätigt werden konnte, in Harnstoff übergeführt). Ich fütterte desshalb je zwei Kaninchen in derselben Weise mit gleichen ihrem Körpergewicht entsprechenden Mengen Mohrrüben, spritzte dem einen durch die Schlundsonde Stärkekleister, dem anderen die gleiche Menge Stärkekleister mit 2—4 g kohlensaurem Ammoniak pro die in den Magen. Auch hier fand sich stets 2—3mal mehr Glykogen in der Leber des Ammoniakkaninchens.

Es wäre nun, obgleich a priori unwahrscheinlich, doch möglich, dass das Ammoniak nicht als Ammoniak, sondern als Alkali wirke. Versuche, welche Prof. Ehrlich (vgl. Frerich's Diabetes p. 263 Anm. und p. 273), von anderen Erwägungen ausgehend, angestellt hat, könnten darauf hindeuten. Ehrlich setzte Frösche mehrere Wochen hindurch in mehrprocentige Lösung von reinem Traubenzucker; er fand, dass im Vergleich mit Kontrollfröschen, die sich in Leitungswasser befanden, der Glykogengehalt der Leber bei den Zuckerfröschen kein größerer war, derselbe nahm jedoch zu, wenn der Zuckerlösung Natr. carb. bis zu $^2/_3\%$ zugesetzt wurde, während nach Zusatz von Essigsäure die Glykogenmenge auffällig abnahm, ja sogar vollständiger Schwund eintreten konnte.

Versuche, in denen ich neben der gewöhnlichen Nahrung dem einen Kaninchen kohlensaures Ammoniak, dem anderen die gleiche Menge kohlensaures Natrium beibrachte, andere, in denen das eine Thier kohlensaures Natrium, das andere gar kein Alkali erhielt, lehrten mich, dass beim Kaninchen kohlensaures Natrium keinen, das kohlensaure Ammoniak stets einen bedeutenden Einfluss auf die Glykogenbildung hat. Der Widerspruch mit den Versuchen von Ehrlich erklärt sich leicht aus dem verschiedenen Verhalten, welches bekanntermaßen Herbivoren einer-, Carnivoren andererseits (zu diesen würden auch die Frösche zu rechnen sein) in Bezug auf Alkali- und Ammoniakgehalt des Organismus zeigen. Auf Grund dieser selben Verhältnisse ergiebt sich der weitere Schluss, dass es, eben so wie z. B. beim Kaninchen durch kohlensaures Ammoniak Glykogenbildung bewirkt wird, umgekehrt möglich sein muss, beim Hunde (ähnlich wie in Ehrlich's Versuchen beim Frosch) durch Eingabe von Mineralsäuren die Glykogenbildung zu verhindern, vielleicht sogar Übertritt von Zucker oder einer in Beziehung zu den Kohlehydraten stehenden Substanz in den Harn zu veranlassen; Versuche, mit denen ich augenblicklich beschäftigt bin.

Aus den bisher vorliegenden Versuchen am Kaninchen ergiebt sich aber schon jetzt mit voller Sicherheit, dass das Ammoniak eine

sehr wesentliche Rolle bei der Glykogenbildung spielt. Diese Thatsache ist desswegen von größter Wichtigkeit, weil sie zeigt, dass bei den im Organismus ablaufenden chemischen Processen eine enge Beziehung zwischen den N-freien und N-haltigen Substanzen besteht, dass an einer der charakteristischsten Zellfunktionen, der Glykogenbildung, die Endprodukte des Stoffwechsels der N-haltigen Bestandtheile der Nahrung betheiligt sind, ein Faktum, welches ganz allgemein darauf hindeutet, dass den synthetischen Processen im thierischen Organismus eine noch viel größere Bedeutung, als man ihnen schon in letzter Zeit zuzuschreiben geneigt war, zukommt.

Für den Diabetes ergiebt sich folgende Erwägung (vgl. die nachstehenden Referate). Die von Stadelmann nachgewiesene excessive Säurebildung macht nicht nur als solche ihre unheilvolle Wirkung auf den Organismus geltend; ihre Bedeutung liegt vor Allem darin, dass sie durch Entziehung von Ammoniak die glycogene Funktion der Leber herabsetzt oder gar aufhebt. Der Diabetes wäre demnach nicht eine primäre Erkrankung der Leber, sondern die Folge einer allgemeinen Alteration des Stoffwechsels, welche zunächst zur Säurebildung führt. Das Coma diabeticum ist nicht direkt bedingt durch die Säurewirkung; ich würde mich vielmehr der von Minkowski urgirten, aber mehr in den Hintergund gedrängten Auffassung anschließen, wonach es sekundäre Vorgänge im diabetischen Organismus sind, welche durch Zersetzung der Oxybuttersäure und ähnliche Substanzen toxische Produkte wie das Aceton entstehen lassen.

---

1. **E. Külz.** Über eine neue linksdrehende Säure (Pseudooxybuttersäure). Ein Beitrag zur Kenntnis der Zuckerruhr.

(Zeitschrift für Biologie Bd. XX. p. 165.)

2. **O. Minkowski.** Über das Vorkommen von Oxybuttersäure im Harn bei Diabetes mellitus. Ein Beitrag zur Lehre vom Coma diabeticum.

(Arch. f. exp. Pathologie Bd. XVIII. p. 35.)

3. Derselbe. Nachtrag über Oxybuttersäure im diabetischen Harne.

(Ibid. p. 147.)

Die beiden Arbeiten von K. und von M. zeigen wieder einmal, wie zwei Forscher von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehend gleichzeitig und unabhängig von einander zu denselben Entdeckungen gelangen.

K. untersuchte das Verhalten des Chloralhydrats im Organismus und fand hierbei, dass nach völligem Vergähren des Zuckers eine linksdrehende Substanz im Harne blieb, welche mit Rücksicht auf ihre Menge nicht in Beziehung zu dem eingegebenen Chloralhydrat stehen konnte. Diese Substanz war weder durch Bleizucker, noch Bleiessig, noch Bleiessig und Ammoniak fällbar, sie konnte demnach

nicht identisch mit demjenigen Körper sein, welcher die von Haas beschriebene schwache Linksdrehung im normalen menschlichen und, wie K. ergänzend anführt, auch in verschiedenen Thierharnen bewirkt. Eben so wenig konnte eine andere der bisher im Harn aufgefundenen linksdrehenden Substanzen konstatirt werden. K. kommt bei dieser Gelegenheit auch auf das Vorkommen der Lävulose im Harn zu sprechen. Er citirt den von K. Zimmer beschriebenen Fall, zweifelt dessen volle Beweiskräftigkeit aber an, weil nicht konstatirt worden sei, dass die linksdrehende Substanz (Lävulose) vergährbar sei. Mit Rücksicht hierauf sei es dem Ref. gestattet anzuführen, dass derselbe seit Jahr und Tag in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Julius Wolff, Assistenten am Allerheiligenhospital zu Breslau, einen Diabetiker beobachtete, dessen Harn z. B. am 29. Juli 1883 die Ebene des polarisirten Lichtes drehte, entsprechend 1,6% Glykose, Fehling'sche Lösung reducirte entsprechend 4,3%. Dieser Harn enthielt demnach neben der reducirenden und rechtsdrehenden Dextrose eine linksdrehende Substanz; letztere war, wie sofort konstatirt wurde, vollkommen vergährbar, war also Lävulose. Der Harn zeigte dasselbe Verhalten bis zu dem, übrigens nicht unter Koma eingetretenen Tode; sub finem zeigte der Harn nach völligem Vergähren eine Linksdrehung von 0,1—0,2%.

Es gelang K. in seinen Fällen die linksdrehende Substanz darzustellen (Methode vgl. Text). Es war eine Säure. Die Analyse des Silbersalzes führte zur Formel $C_4H_7AgO_3$. Dasselbe dreht $[\alpha]j$ —8,637. Die Säure selbst stellte einen homogenen, farblosen, durchsichtigen und geruchlosen Syrup dar. Die Säure giebt mit Eisenchlorid keine Farbenreaktion und ist mit Wasserdämpfen nicht flüchtig. Sie hat die Formel der Oxybuttersäure. K. kann jedoch für den Augenblick noch nicht ihre Identität mit einer der bisher beschriebenen Oxybuttersäuren konstatiren.

K. untersuchte 52 Fälle von Diabetes auf das Vorkommen von Oxybuttersäure. »Von der 24stündigen Harnmenge wurden 100 ccm in einem Kölbchen mit einem erbsengroßen Stücke Presshefe versetzt. Enthielt ein Harn Eiweiß, so wurde dasselbe durch Kochen mit verdünnter Essigsäure vor dem Hefezusatz abgeschieden. Nach vollständiger Vergährung des Zuckers wurde der Harn mit Bleizucker versetzt, das Filtrat im Polarisationsapparat untersucht und die Linksdrehung auf Traubenzucker bezogen unter Berücksichtigung der zugefügten Bleizuckerlösung. Sobald von einem Harn konstatirt war, dass er links drehte, wurde eine größere Menge desselben nach dem Vergähren des Zuckers eingedampft. War die aktive Substanz durch Bleizucker oder Bleiessig oder Bleiessig und Ammoniak fällbar, so konnte es sich nicht um Oxybuttersäure handeln.« Die Oxybuttersäure fand sich bisher nur in Fällen der schweren Form des Diabetes und nur in solchen, deren Harn sich mit Eisenchlorid burgunderroth färbte. Sollte sich dies auch in Zukunft bestätigen, so würde die Untersuchung auf Oxybuttersäure einen Anhalt zur Beurtheilung der

vorliegenden Form des Diabetes geben. (Von Wichtigkeit ist hierbei die Widerstandsfähigkeit der Oxybuttersäure im Vergleich zu der sich leicht zersetzenden Acetessigsäure, welche die Eisenchloridreaktion bedingt.) Nicht in allen Fällen der schweren Form ist Oxybuttersäure vorhanden. K. konnte genau verfolgen, wie der Harn bei der aus der leichten Form hervorgegangenen schweren Form zunächst weder Acetessigsäure noch Oxybuttersäure enthielt (1. Grad), diese Substanzen vielmehr erst ausgeschieden wurden, als sich der Zustand der Kranken objektiv verschlimmerte (2. Grad).

In prognostischer Beziehung ist die Anwesenheit der Oxybuttersäure auch in so fern von Interesse, als mit der Ausscheidung derselben dem Organismus ein großer Stoffverlust erwächst. K. berechnet in einem Fall die Menge der in 24 Stunden ausgeschiedenen Säure zu 226,5 g. Bei Anwesenheit einer linksdrehenden Substanz wie Oxybuttersäure muss die alleinige polarimetrische Untersuchung des Harns falsche, weil zu niedrige Werthe ergeben.

Die Untersuchungen von M. schließen sich eng an die Arbeiten von Hallervorden und Stadelmann an. Hallervorden hatte zuerst die Beobachtung gemacht, dass die Menge des Ammoniaks im diabetischen Harne eine auffallend große ist. Die Ursache derselben sieht er in einer abnormen Säurebildung des diabetischen Organismus. Stadelmann konstatirte, dass in der That eine bisher noch unbekannte Säure und zwar in bedeutender Menge im Harn vorhanden sein musste. Es gelang ihm auch, aus dem Harn in größerer Quantität eine Säure darzustellen, welche er bei der Analyse als Crotonsäure bestimmte. M. schien jedoch das Verfahren, nach welchem Stadelmann seine Säure erhalten, den Verdacht zu begründen, dass dieselbe erst bei der Darstellung aus einer anderen Substanz entstanden sei. Er untersuchte von Neuem und fand nach einer im Original nachzulesenden Methode eine Säure, deren Zinksalz krystallisirte und bei der Analyse Zahlen gab, welche am besten auf Oxybuttersäure stimmten. Die Eigenschaften der Säure und ihrer Salze erwiesen die Identität mit der β-Oxybuttersäure. Bei der Destillation mit Schwefelsäure entsteht aus der β-Oxybuttersäure unter Wasserabspaltung die β-Crotonsäure. Dies erklärt den Befund von Stadelmann, welcher sein ursprünglich nicht krystallisirendes Zinksalz mit Schwefelsäure destillirt und so die mit Wasserdämpfen flüchtige Crotonsäure erhalten hatte.

Bei der Oxydation der Oxybuttersäure mit Kaliumbichromat und Schwefelsäure erhielt M. unter starker Kohlensäureentwicklung ein Destillat, welches deutlich nach Aceton roch, die Jodoformreaktion und die Legal'sche Probe gab, also Aceton enthielt. Die Reaktion verläuft nach folgender Gleichung:

$$\underbrace{CH_3\,CH(OH)CH_2\,COOH}_{\text{Oxybuttersäure}} + O = \underbrace{CH_3\,CO\,CH_2\,COOH}_{\text{Acetessigsäure}} + H_2O$$

$$\underbrace{CH_3\,CO\,CH_2\,COOH}_{\text{Acetessigsäure}} = \underbrace{CH_3\,CO\,CH_3}_{\text{Aceton}} + CO_2$$

Hiernach ist es wahrscheinlich, dass aus der Oxybuttersäure auch im lebenden Organismus Aceton entstehen kann, dass dieselbe somit als Vorstufe des Acetons zu betrachten sei.

An die gleichen Beziehungen hatte auch K. gedacht. Vorläufige Versuche die Oxybuttersäure mit Kaliumbichromat und Schwefelsäure zu oxydiren, hatten ihm »reichlich Kohlensäure, eine flüchtige Säure und wahrscheinlich Aceton« ergeben.

Nach M. enthielt die von v. Jaksch aus dem Harn dargestellte und als Acetessigsäure beschriebene Substanz neben Acetessigsäure auch Oxybuttersäure.

In einem Nachtrage konstatirt M. auch an seiner Säure die ihm ursprünglich entgangene von K. angegebene Linksdrehung. Ein Vergleich der aus dem Harn gewonnenen Säure und der nach den Vorschriften von Wislicenus durch Reduktion mittels Natriumamalgam aus Acetessigsäure dargestellten β-Oxybuttersäure zeigt, dass beide Säuren in ihren Eigenschaften wie in dem Verhalten ihrer Salze zwar außerordentlich ähnlich sind, eine vollkommene Identität indess nicht besteht, da die durch Reduktion dargestellte Säure optisch inaktiv ist. Es handelt sich also um eine »geometrische Isomerie«. M. schlägt desshalb die Bezeichnung Paraoxybuttersäure oder wegen der Beziehungen zum Aceton den Namen Acetonsäure vor.

Ein besonderes Interesse bieten die Beziehungen der Oxybuttersäure zu der acetongebenden Substanz im Harn mit Rücksicht auf die Lehre vom Coma diabeticum. Der Pat., an welchem Stadelmann seine Beobachtungen machte, sowohl wie derjenige, aus dem M. die Oxybuttersäure darstellte, gingen unter Coma diabeticum zu Grunde. Für die Erklärung des Symptomenkomplexes des Coma diabeticum liegen nun nach M. zwei Möglichkeiten vor. Die Oxybuttersäure, welche lange Zeit im Harn eines Pat. vorkommen kann, ohne sichtbare Funktionsstörungen hervorzurufen, erleidet durch den Einfluss irgend welcher sich im diabetischen Organismus abspielender Processe eine derartige Umwandlung, dass aus ihr andere toxisch wirkende Substanzen (Acetessigsäure resp. Aceton) entstehen oder aber die Oxybuttersäure wirkt als Säure Alkali-entziehend auf den Organismus ein, es macht sich allmählich die Alkaliverarmung des Organismus geltend, es kommt, wie dies zuerst Stadelmann ausgesprochen hat, zur Säureintoxikation. M. ist geneigt, sich der letzteren Ansicht anzuschließen, wenn er auch eine Reihe von Bedenken, welche sich derselben entgegenstellen, nicht verkennt. Als Probe auf die Richtigkeit der Theorie versuchte M. in dem betreffenden Falle das eintretende Koma durch Darreichung von großen Dosen kohlensauren Natrons zu koupiren. Es gelang zwar nicht den Tod des Pat. zu verhindern, doch wurde unter dem Einfluss des kohlensauren Natrons eine erhebliche Besserung beobachtet. Die im Organismus gebildete Menge von Säure war so groß, dass trotz Darreichung der Alkalien der Harn sauer blieb.

F. Röhmann (Breslau).

---

4. G. Tizzoni. Sulla splenectomia nel coniglio etc.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 51.)

T. hat 18 Kaninchen die Milz total exstirpirt und die Thiere bis 8 Monate lang nachher beobachtet. Er fand, dass Kaninchen jeder Art diesen Eingriff sehr vertragen und danach gar keine Störung in ihren Funktionen, weder in der Ernährung noch im Wachsthum oder der Fortpflanzung erleiden. Nur bei jungen, wachsenden Kaninchen finden sich im Knochenmark rothe Blutkörperchen mit Kernen und Kerntheilungsfiguren in größerer Anzahl als gewöhnlich. Sonst ist nichts Pathologisches, auch nicht bei der Rückbildung der Thymus oder der Entwicklung der Schilddrüse wahrzunehmen.

Kayser (Breslau).

---

5. G. Griswold. Notes on albuminuria in health.

(New York med. journ. 1884. Juni 21. p. 685.)

Verf. giebt einen Überblick über die bisher in der Litteratur bekannten Fälle von Albuminurie, bei denen eine organische Nierenerkrankung nicht nachweisbar war. In der Mehrzahl der vom Verf. citirten Fälle konnte eine Ursache für das Auftreten des Eiweißes nicht gefunden werden; in einer kleinen Minderheit waren Anämie zur Pubertätszeit, körperliche oder geistige Anstrengungen, kaltes Baden, reichliches Essen und Aufregungen die Causae efficientes. Die Albuminurie zur Pubertätszeit erklärt sich vielleicht dadurch, dass das Nierenepithel in seiner Ernährung durch die abnorme Blutbeschaffenheit herabgesetzt wird und degenerirt. Eine Stütze für diese Annahme bilden die bekannten Experimente Nussbaum's. In anderen Fällen scheint die Albuminurie im Gefolge besonderer körperlicher oder geistiger Anstrengungen aufzutreten. Verf. sah einen Fall von intermittirender Albuminurie bei einem völlig gesunden kräftigen Manne. Eiweiß nebst granulirten Cylindern traten bei dem Pat. im Urin auf, sobald er Faustkämpfe aufführte oder kalte Abwaschungen seines Körpers vornahm.

Albuminurie erscheint aber auch im normalen Urin nach Genuss von Eiern; der Verf. kann diese Erscheinung allerdings aus eigenen Beobachtungen nicht bestätigen, nichtsdestoweniger steht die Thatsache fest, dass nach Genuss von Eiern, besonders rohen, Albuminurie auftritt. Unzweifelhaft giebt es demnach Fälle von Albuminurie, welche ohne anderweitige Symptome verlaufen, deren Ursache in außergewöhnlichen Körperanstrengungen oder im Genuss gewisser Nahrungsmittel zu suchen ist. Es darf aber nicht vergessen werden, dass die Symptome der Bright'schen Krankheit hauptsächlich abhängig sind von einer Nierenunzulänglichkeit (inadequacy), nicht von der lokalen organischen Erkrankung. Die leichteren Grade von Nierenaffektionen genügen in der Regel nicht, die Unzulänglichkeit herbeizuführen.

Bisher hat man allerdings die leichteren Nierenerkrankungen keineswegs genügend gewürdigt, es rührt dies vielleicht zum Theil daher, dass sie ohne jedes Symptom verlaufen können. So litt ein Arzt, der sich der Zugluft ausgesetzt hatte, am folgenden Tage an heftigem Schnupfen und Rückenschmerzen; die zufällige Urinuntersuchung ergab die Anwesenheit beträchtlicher Mengen von Eiweiß, nebst hyalinen Cylindern und Nierenepithelien. Das Eiweiß verschwand in den nächsten Tagen und konnte bei späteren Untersuchungen nicht mehr nachgewiesen werden. In einem anderen Falle wurde bei einem Knaben, welcher Scharlach überstanden hatte, aber völlig genesen war, nach einem Jahre Eiweiß im Urin konstatirt; dasselbe trat meist nur nach dem Mittagessen auf. Der Kranke wuchs heran, behielt aber 7 Jahre hindurch die Albuminurie in der intermittirenden Weise. Augenscheinlich war sie in diesem Falle von einer organischen Krankheit abhängig, wie die Anamnese auch ergab.

Beide Fälle sind Beispiele von milden Nierenaffektionen, welche in völlige Genesung übergingen. Derartige Fälle sind ohne Zweifel abhängig von irgend einer organischen Nierenerkrankung, die aber zu gering ist, um allgemein Symptome hervorzurufen. Verf. vergleicht diese Form der Albuminurie mit der Anlage eines Pat. zur Hämoptysis. Bei beiden Processen besteht die Anlage zu einer, zum letalen Ende führenden Krankheit. Erweist sich der Organismus der Anlage gegenüber gewachsen, so tritt Genesung ein; so lange aber die Anlage noch besteht, sind die Pat. nicht für gesund zu halten.

Peiper (Greifswald).

---

6. O. Rosenbach. Über den Zusammenhang von Melliturie und Furunkelbildung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 31.)

Es ist eine anerkannte Thatsache, dass oftmals im Verlaufe von schweren Formen des Diabetes bald leichtere bald schwerere Entzündungen der Haut, Furunkel, Karbunkel etc. vorkommen; man nimmt hierbei richtig an, dass die Hautentzündung das Sekundäre, der Diabetes das Primäre in der Symptomenreihe ist. Aber es können auch Fälle vorkommen, in welchen man mit R. daran denken kann, dass aus den entzündeten und vereiterten Partien der Haut Zucker auf dem Wege der Resorption in das Blut gelangt und als unverwerthbares Material durch die Nieren ausgeschieden wird. Das dürfte z. B. dann der Fall sein, wenn man bei einem Pat., welcher wegen Furunculosis ärztliche Hilfe sucht, den Harn untersucht und Zucker findet; die Furunculosis heilt und im Harn ist der Zucker verschwunden. Und zwar ist der Diabetes verschwunden ohne antidiabetische Diät. R. führt einen neuen Fall an, welcher ein Kind von einem Jahre betraf. Es stellten sich nämlich bei diesem Kinde am Kopf und Nacken schwere Furunkel ein; der Harn war zu Anfang der Erkrankung absolut normal, erst im Verlauf der Erkrankung ließ sich

zweifellos Zucker in ihm nachweisen, welcher bis zum Tode des Pat. anhielt.

Prior (Bonn).

---

7. **Bosworth.** The clinical signification of fibrinous exudations upon the mucous membrane of the upper air passages.

(New York med. journ. 1884. Mai 24.)

Über das diesen Titel führende Thema hat B. auf dem diesjährigen Laryngologen-Kongress gesprochen und dabei eine Reihe von Grundsätzen entwickelt und Behauptungen aufgestellt, welche mit unsern, über die hier in Betracht kommenden Processe, jetzt herrschenden Anschauungen in krassestem Widerspruch stehen und nur dazu angethan sind, auf dem an sich schwierigen Gebiet der krupös-diphtheritischen Erkrankungen des Rachens und seiner Nachbarorgane von Neuem Konfusion anzurichten. Übrigens hat B. schon von einem seiner amerikanischen Kollegen (Robinson) in der Diskussion eine sehr energische Zurückweisung erfahren, der gegenüber die Vertheidigung B.'s sehr mangelhaft ausgefallen ist. B. subsumirt nämlich unter den mit fibrinöser Exsudation auf die Schleimhaut einhergehenden Schlundaffektionen auch die Angina follicularis, was als grober Irrthum in klinischer wie anatomischer Hinsicht aufgefasst werden muss.

Während man ferner gewohnt ist, jedweder spontan auf der Schleimhaut des Rachens auftretenden fibrinösen Exsudation eine ernste Bedeutung beizulegen, weicht B. auch hierin ab und macht u. A. einen Unterschied zwischen krupösen Membranen bei Kindern und bei Erwachenen, so zwar, dass die Anwesenheit einer krupösen Membran im Rachen eines Erwachsenen unzweifelhaft auf eine »Blutvergiftung« hinweist, aber keine Gefahren für das Leben involvirt, während für Kinder aus der gleichen Erkrankung durch die Möglichkeit des Übergreifens auf den Kehlkopf — ein Ereignis, das nach B. bei Erwachsenen ausgeschlossen zu sein scheint — größte Lebensgefahr resultirt. Eine diphtherische Membran im Rachen markirt das Bestehen einer Krankheit, welche nicht allein durch »primäre und sekundäre Blutvergiftung«, sondern auch durch die Neigung des Fortkriechens des diphtherischen Processes auf den Kehlkopf Gefahren für das Leben birgt.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

8. **A. Haslund.** Zur Statistik des Lupus laryngis.

(Vierteljahrsschr. für Dermatol. u. Syph. Bd. X. Hft. 3 u. 4. p. 472—480.)

Zehn beachtenswerthe Krankengeschichten, von denen neun das weibliche Geschlecht im Alter von 15—32 Jahren betreffen. Die Häufigkeit der Affektion beläuft sich im Kommunehospital zu Kopenhagen bei gleichzeitiger Berücksichtigung früherer Beobachtungen auf nahezu 7 % aller Lupuskranken, während die Statistik von Chiari

und Riehl (Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph. 1882) für Wien 8,8% ergiebt.

Nur selten gelingt es, den Beginn des Leidens mit Bestimmtheit zu markiren, da auffallende Symptome zunächst fehlen. Selbst bei bedeutender Destruktion des Kehldeckels im Verein mit ausgebreiteten und ulcerirten Infiltraten im Pharynx pflegt über schmerzhaftes Schlucken nicht geklagt zu werden. Die Kardinalerscheinungen bestehen, sobald die Neubildung ein bedeutendes Terrain im Kehlkopf selbst erobert, in Heiserkeit und stenotischen Phänomenen. In einem Falle erfolgte schnelle Heilung des Processes nach der Tracheotomie.

Nur sehr selten wird gleichzeitiger Hautlupus vermisst.

Bezüglich der Erscheinungsform und des klinischen Verlaufs der Krankheit schließt sich Verf. den Schilderungen von Chiari und Riehl an, hält jedoch die Diagnose für weniger schwierig, als diese. In Betracht kommen für die Differenzirung tertiäre Syphilis und Krebs. Der tiefe unreine Boden, die scharfen Ränder mit ihrer geschwellten, rothen jedoch glatten Umgebung des ulcerirenden Gummas sind dem Lupus fremd, der mit unregelmäßigen, meist oberflächlichen, granulirenden, bei Berührung zum Bluten geneigten und peripher von Knötchen umgebenen Substanzverlusten einhergeht. Führt der Lupus zu Chondritis oder Perichondritis, so ist dieselbe immer von der Schleimhaut aus verpflanzt, und es fehlt vor Allem der glatte, gespannte, ödematöse Charakter der Schleimhaut, wie er der gummösen Perichondritis zukommt. Die Neubildungsknoten des Carcinoms sind stets weit größer, weit unregelmäßiger und tiefer gelagert, als jene des Lupus. Dass, wie Lefferts will, Larynxlupus mit Kehlkopftuberkulose verwechselt werden könnte, giebt H. nicht zu.

Die Abhandlung schließt mit der Mittheilung einer zweiten Beobachtung von primärem Kehlkopflupus, nachdem v. Ziemssen den ersten Fall dieser Affektion publicirt. **Fürbringer** (Jena).

---

9. **Schäffer.** Nasenleiden und Reflexneurosen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884.)

S. berichtet, nach Vorausschickung einiger allgemeiner Bemerkungen, über die in seiner Praxis bei mit Nasenaffektionen behafteten Pat. beobachteten, in letzter Zeit von den verschiedensten Autoren diskutirten Reflexneurosen und widmet Abschnitt I dem Asthma. Von 66 hierbei in Betracht kommenden Fällen blieben ungeheilt 6, von 4 Resultat unbekannt, von den restirenden 56 wurden 26 geheilt, 30 gebessert, was mit den Erfahrungen des Ref. annähernd übereinstimmt. Über »Alpdruck und Heufieber«, welche in der Überschrift No. I gleichfalls erwähnt sind, fehlen Bemerkungen vollständig. Übrigens waren nur bei 45 der Asthmapat. Nasenaffektionen in der von Hack besonders beschriebenen Art nachweisbar, bei den anderen bestanden Nasenpolypen, adenoide Vegetationen, Mandelvergrößerung

und granulöse Pharyngitis. Husten (II) hat S. als Begleiterscheinung der in Rede stehenden Nasenerkrankung nicht gesehen und macht in diesem Kapitel einen Exkurs über den sog. »Rachenhusten« und über Heilung von Brust- und Rückenschmerzen, so wie von »Hypochondrie« (! Ref.) durch galvanokaustische Behandlung bestehender Pharyngitis granulosa. Von 6 an Migraine (III) leidenden Kranken wurden 5 durch lokale Behandlung der bestehenden Nasenaffektion geheilt, 1 gebessert, ein glänzendes Resultat, wenn es sich thatsächlich um Migraine gehandelt hat. Auch ein großer Theil der an »Stirn-, Hinterhaupt- und allgemeinen Kopfschmerzen« leidenden Pat. wurde durch eine gegen das vorhandene Nasenübel gerichtete Therapie geheilt; in ähnlicher Weise wurden 4 Fälle von Supraorbitalneuralgie (IV) günstig beeinflusst. 16 Pat. boten »Schwellung und Röthung der Nasenschleimhaut« (V) dar, wovon 12 nach galvanokaustischer Zerstörung des hyperplastischen Nasenmuschelüberzuges geheilt, 4 gebessert wurden. Die Kur unterstützte und kürzte S. durch 1—2mal wöchentlich vorgenommene »energische Einreibung der äußeren Nase mit 5%iger Karbollösung« — ein etwas heroisches, nicht wohl zur allgemeinen Nachahmung zu empfehlendes Verfahren (Ref.). Schwindelanfälle (VI) im Zusammenhang mit Nasenaffektionen sah S. 5mal, wovon 4 geheilt — einer dieser Fälle starb nach 3 Jahren im Irrenhause (!), bei einem fünften an Platzschwindel leidenden Schauspieler blieb die galvanokaustische Behandlung der Nasenschleimhaut erfolglos. Der unter VII mitgetheilte, einen 11jährigen an epileptiformen Anfällen leidenden Knaben betreffende Fall ist nach Ansicht des Ref. für die Beurtheilung der Frage nach der Heilbarkeit mancher Fälle von Epilepsie durch einen lokal-therapeutischen, auf eine erkrankte Nasenschleimhaut einwirkenden Eingriff nicht zu verwerthen. Die an Sekretionsanomalien (VIII) seitens der Nasenschleimhaut und Thränenwege leidenden Pat. wurden durch die lokale Behandlung der Nase sämmtlich geheilt.

Verschiedene der S.'schen Pat. mit chronischer hyperplastischer Rhinitis litten an Hämorrhoiden, welche nach galvanokaustischer Behandlung der erkrankten Nasenschleimhaut nicht verschwanden — was füglich nicht erwartet werden kann (Ref.).

S. schließt seinen Bericht mit der Bemerkung, dass er nie einen so prompten Effekt auf die verschiedenen Neurosen durch galvanokaustische Behandlung der erkrankten Nasenschleimhaut erreicht hat, wie Hack und dass er zur Erreichung eines vollen Erfolges eine medikamentöse Nachbehandlung und eine Berücksichtigung des Gesammtorganismus für erforderlich hält. (Letzteres ist vom Ref. mit besonderem Nachdruck schon vor einiger Zeit betont worden. Ref. möchte außerdem unter Hinweis auf seine den gleichen Gegenstand betreffende Abhandlung in der Deutschen med. Wochenschrift 1884 No. 18 bemerken, dass er mit Hack durchaus unterscheidet zwischen chronischer Rhinitis und echten Hyperplasien der Muschelbekleidung, wie sie hier in Frage stehen und dass in dem hierauf bezüglichen

Passus jener Arbeit von einer Identifikation dieser beiden Processe nirgends die Rede ist.) **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

10. **Fürth.** Die Nabelblutung.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 7 u. 8.)

Die Nabelblutung ist eine der seltensten und daher auch am wenigsten beschriebenen Erkrankungsformen des kindlichen Alters. Ihre Ursachen sind fast völlig unaufgeklärt; weder Abnormitäten des Blutes, noch solche der Blutgefäße geben eine genügende Erklärung. Schwerer Ikterus, der als Ausdruck einer Lebererkrankung auftritt, die durch Hyperämie, Stauung etc. bedingt ist und so das Eindringen von Gallenbestandtheilen in das Blut und Abnahme der Gerinnungsfähigkeit desselben zur Folge hat, kann die Disposition zur Nabelblutung herbeiführen. Hämophilie und Syphilis lassen sich gleichfalls nicht verantwortlich machen; von 13 seitens des Verf. beobachteten Fällen war 7mal die Mutter an Syphilis erkrankt, ohne dass die Kinder Erscheinungen der kongenitalen Syphilis zeigten. Knaben erkranken häufiger als Mädchen (11 : 2).

Die Blutung selbst ist meist nur anscheinend geringfügig; das Blut kann nur allmählich hervorsickern oder sich im Strahle herausergießen. Beim Schreien der Kinder nimmt die Blutung meist sehr an Intensität zu. Die meisten Nabelblutungen treten am 5. bis 10. Tage nach der Geburt auf; meist enden sie letal und zwar stellt sich das Verhältnis ungünstiger, je jünger die von der Blutung befallenen Kinder sind. Die 13 Fälle des Verf. endeten sämmtlich letal. Die Dauer der Blutung ist verschieden und schwankt zwischen einer Stunde und mehreren Tagen und Wochen.

Die pathologische Anatomie ergiebt keinen Aufschluss über das eigentliche Wesen der Erkrankung (wenn ein solches eigenes Wesen überhaupt existiren sollte und die Blutung nicht stets eine von anderen Ursachen abhängige ist, Ref.).

Therapeutisch sind die bei allen Blutungen üblichen Maßregeln anwendbar. **M. Cohn** (Hamburg).

11. **Delavan.** Practical Suggestions upon the Alimentation of Patients suffering from Dysphagia.

(Med. news 1884. Juni 7.)

Verf. empfiehlt die künstliche Ernährung mittels der Schlundsonde aufs eindringlichste in allen Fällen, in welchen Behinderung oder auch Schmerzhaftigkeit des Schlingaktes besteht, wie tuberkulösen oder syphilitischen Geschwüren des Pharynx und Larynx, heftiger Entzündung und Schwellung der Tonsillen, Parotitis und Retropharyngealabscess, Lähmung oder Spasmus der Schlundmuskulatur. Statt der gewöhnlichen »plumpen« Magensonden benutzt er weiche englische Katheter von möglichst geringer Dicke, die er nur in den Ösophagus bis jenseits der kritischen Stelle einführt (wess-

halb? Ref.) und die ihre Ausflussöffnung an der Spitze haben. An Stelle des Öl empfiehlt er, um das Einführen des Instrumentes zu erleichtern, das Benetzen mit Eiereiweiß, Gummi oder Milch, wovon er wohl auch vorher dem Pat. einen Schluck nehmen lässt. Die Nährflüssigkeit wird mittels der Davidson'schen Druckpumpe aus einem passend konstruirten Gefäß in kleinen Portionen und entsprechenden Pausen in den Ösophagus injicirt, »so dass der physiologische Schlingakt möglichst nachgeahmt wird«. **Escherich** (Würzburg).

---

12. Uhthoff. Über die Veränderungen des Augenhintergrundes in Folge von Alkoholismus, so wie über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Alkoholamblyopie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 25.)

Verf. hat 360 Alkoholisten ophthalmoskopisch untersucht und dabei in 14% der Fälle eine leichte Trübung der Netzhaut gefunden, die am deutlichsten an der Papille markirt ist und sich von hier aus mehr oder weniger weit und intensiv auf die Peripherie des Augenhintergrundes erstreckt. Eine Sehstörung scheint von einer solchen leichten pathologischen Veränderung der Netzhaut nicht bedingt zu sein, so dass also das Auftreten dieser Erscheinung nicht an dasjenige einer Intoxikationsamblyopie gebunden ist.

In 1% der Alkoholisten fanden sich eine oder mehrere Retinalhämorrhagien; in 1% klagten die Pat. über vorübergehendes Doppelsehen.

Einen weiteren, diagnostischen wichtigen und verwerthbaren ophthalmoskopischen Befund bei Alkoholisten hat Verf. sodann in 17% (61 Fällen) konstatiren können, d. i. eine atrophische Abblassung der äußeren Papillenhälfte. Diese Veränderung kann sich auf kleine, keilförmige Sektoren der äußeren Papillenhälfte beschränken und ist durchaus nicht immer mit einer Sehstörung komplicirt. Da bis jetzt unzweifelhafte Sektionsbefunde von der Alkoholamblyopie noch nicht existirten, so ist es von außerordentlichem Werthe, dass Verf. in der Lage ist, das Ergebnis der anatomischen Untersuchung von 2 Fällen von Alkoholismus mit Intoxikationsamblyopie mitzutheilen.

Der erste Fall (61jähriger Pat.) zeigte in der ausgesprochensten Weise die atrophische Abblassung der äußeren Papillenhälfte, dabei hochgradige Herabsetzung der Sehschärfe (S. = $^{1}/_{10}$). Im zweiten Fall gleichfalls das typische ophthalmoskopische Bild; Sehschärfe dabei ziemlich gut (ca. $^{1}/_{3}$). Die Anamnese ergiebt, dass vor mehreren Monaten Alkoholamblyopie bestanden hat.

Die anatomische Veränderung am Sehnerven besteht in partieller neuritischer Atrophie, besonders als solche charakterisirt durch starke Wucherung des interstitiellen Bindegewebes mit erheblicher Kernvermehrung, durch Neubildung von Gefäßen und Atrophie der Nervenfasern, letztere besonders im ersten Falle fast vollständig. Der neuri-

tische Ursprung dieser partiellen Opticusdegeneration ist am deutlichsten an den orbitalen Theilen der Opticusstämme wahrzunehmen.

Was die Lokalisation und die Ausbreitung dieser pathologischen Veränderungen in beiden Sehnerven, Chiasma und Tractus, betrifft, so stimmen die Befunde des Verf. im Wesentlichen mit den früher mitgetheilten Untersuchungen anderer Autoren überein.

M. Cohn (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **Thomas Amory de Blois.** A case of congenital web of the vocal bands.

(New York med. journ. 1884. Juni 14.)

Der Fall von kongenitaler Verwachsung der Stimmbänder betrifft ein 20jähriges Mädchen, dessen Stimme schwach, heiser, kindlich war. Die durch Überhängen des Kehldeckels und starke Reizbarkeit der Rachengebilde erschwerte laryngoskopische Untersuchung ließ eine Verwachsung der vorderen Hälfte der wahren Stimmbänder durch eine dünne, elastische, diaphragmaartig ausgespannte Membran erkennen. Mit einer Mackenzie'schen Zange wurde die Membran zerrissen, so dass schließlich nur im Bereich der vorderen Kommissur die Verwachsung fortbestand. Die Stimme und das Singvermögen der Pat. besserte sich entsprechend, ohne normal zu werden. (Am Schluss der Krankengeschichte theilt Verf. 3 ähnliche Mittheilungen aus der Litteratur mit; dieselben stammen von Zur-Helle, Berliner klin. Wochenschrift 1869, December, p. 544, Esberg, Transact. of the americ. med. associat. 1870, p. 217, Scheff, Allgemeine Wiener med. Zeitung 1879, Juli 9.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

14. **J. Maggie Finny.** Clinical Remarks on cases illustrating the essential identity of progressive muskular atrophy and progressive bulbar paralysis.

(Brit. med. journ. 1884. I. p. 1133.)

Zwei Fälle von progressiver Muskelatrophie, in denen als erstes Zeichen Bulbärsymptome beobachtet wurden. Im ersten Fall lagen zwischen den ersten Beschwerden in der Zunge und dem Eintritt von Schwäche in den Unterextremitäten acht Monate, im zweiten vergingen vom Eintritt anarthrischer Störungen bis zu Kraftverlust in den Händen 4 Monate.

Der Verlauf selbst bietet nichts vom Gewöhnlichen Abweichendes.

Edinger (Frankfurt a/M.).

15. **N. Woronichin.** Über einen Fall von Abdominaltyphus mit nachfolgender Coxitis.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXI. Hft. 4.)

Verf. hebt zunächst hervor, dass von den meisten Autoren nichts über die Beziehungen des Abdominaltyphus zu Gelenkentzündungen und zur Coxitis erwähnt wird, und referirt speciell die Angaben von Henoch, Freundlich, Gerhardt und Wahl. Verf. nimmt an, dass in Folge einer im Verlauf des Abdominaltyphus sich entwickelnden Anämie Coxitis zur Entwicklung kommen kann. Er berichtet über einen Knaben im Alter von 11 Jahren und $8^1/_2$ Monaten, der am 23. Tage nach Beginn des Typhus aufstand, und am folgenden Tage über Schmerzen im linken Beine klagte. 9 Tage darauf konstatirte Dr. Schmitz eine beginnende Coxitis.

Zur Fixirung der ganzen Extremität und des Beckens wurde zunächst eine Pappschiene (am 15. April), am 7. Mai ein Gipsverband angelegt, und das thera-

peutische Streben war darauf gerichtet, durch Extension und Immobilisation auf das erkrankte Gelenk einzuwirken. Vom 18. Mai bis 23. August wird ein von Dr. Anvers angefertigter zweischaliger Filzverband getragen. Vom 18. Juli an macht der Pat. Gehversuche mit Krücken, er bekommt dann, da nach dem Gebrauch der Krücken eine Parese beider Arme auftritt, einen von Dr. Anvers angegebenen Apparat, eine Kombination des Hessing'schen und Taylor'schen Coxitisapparates, und bei roborirender Diät und unter Anwendung von Gymnastik, Massage und Elektricität, geht der Pat. voraussichtlich seiner vollständigen Genesung entgegen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

16. **O. Berger.** Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis.

(Verhandl. der med. Sektion der vaterl. Gesellschaft.)
(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 13.)

B. bespricht die Variabilität gewisser Symptome der Tabes und weist darauf hin, dass als Initialerscheinungen dieses Leidens statt der lancinirenden Gliederschmerzen Neuralgien der Gesichtsnerven in Form einer Migraine auftreten können. Ferner macht B. darauf aufmerksam, dass in nicht seltenen Fällen der Beginn des Leidens durch Blasenbeschwerden — Schmerzen im Harnapparat, Dysurie, Enuresis etc. eingeleitet wird, ohne dass außer dem Mangel des Sehnenreflexes, welcher das konstanteste Symptom der Tabes darstellt, irgend ein Zeichen dieser Krankheit oft Jahre lang zum Vorschein kommt. Die Kranken werden dann meist einer lokalen Behandlung unterworfen, durch welche erst zuweilen ein consecutiver Blasenkatarrh entsteht. B. belegt diese so beginnende Art der Tabes mit dem Namen T. dysurida. **Kayser** (Breslau).

17. **Leale.** Scarlet fever of the foetus in utero, and of the mother at the ninth month of pregnancy.

(Med. news 1884. Mai 31. p. 635.)

Die beiden erwähnten Fälle ereigneten sich im Schoße einer früher durchaus gesunden Familie, in welche durch den Besuch eines Verwandten Scharlach eingeschleppt wurde. Es erkrankte zuerst der 4jährige Sohn, dann die ihre Niederkunft erwartende, 24jährige Mutter, schließlich noch die Amme. Während die Erkrankung des ersten und der letzteren gut verlief, zeigte sich bei der jungen Frau der ganze Körper im Laufe weniger Stunden mit Exanthem bedeckt, heftiges Fieber und Konvulsionen, so dass schleunigst die Entbindung eingeleitet werden musste. Dieselbe verlief normal und war anscheinend von günstigem Einfluss; jedoch 24 Stunden später stieg die Temperatur wieder an, Delirien, kleiner beschleunigter Puls, keine Störung der Urinsekretion. Nach weiteren 24 Stunden trat unter Erscheinung der Herzschwäche der Tod ein.

Das im Übrigen kräftige, mit der Zange entwickelte Kind befand sich gleich der Mutter zur Zeit ihrer Entbindung auf der Höhe der Eruption des Scharlachexanthems; dunkelpurpurrothe Haut, intensive Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut des Rachens, ungewöhnlich stark ausgeprägte Himbeerzunge, Temperatursteigerung und erhöhte Pulsfrequenz.

Am 10. Tage nach der Geburt begann die lamellöse Abschuppung. Während derselben stellte sich Albuminurie und Hautödem ein, das jedoch bald wieder verschwand, so dass Pat. nach 4 Wochen völlig geheilt war.

An der Hand mehrerer vorwiegend aus der amerikanischen Litteratur gesammelten Beobachtungen betont Verf. die günstige Prognose der den Fötus betreffenden Scharlacherkrankung, während die Scarlatina in puerperio außerordentlich gefährlich sei und meist unter heftigen cerebralen Erscheinungen zum Tode führe.

Escherich (Würzburg).

18. **Cornil et Gibier.** Kyste hydatique du poumon.

(Progr. méd. 1884. No. 14.)

Eine gleich interessante wie beherzigenswerthe Beobachtung. Ein 19jähriges Mädchen klagt lediglich über Athembeschwerden bei Anstrengungen und Herz-

klopfen auf der rechten Seite, das seit einigen Monaten besteht. In den letzten 5 Tagen außerdem Husten. Stat. praes: Rechts hinten allenthalben absolute Dämpfung bei aufgehobenem Stimmfremitus und Athmungsgeräusch; in der Milzgegend ein eigenthümliches Frémissement bei der Perkussion auffallend; Herz bedeutend nach rechts verlagert, Shock im 3. rechten Interkostalraum, 6 cm von der Medianlinie. Die Diagnose schwankt zwischen Echinococcus und Pleuritis. Die Kranke wird punktirt und, nachdem 1 Liter klarer, eiweißloser, kochsalzreicher Flüssigkeit durch Aspiration entleert, plötzlich von einem heftigen, salzreiches Expektorat fördernden Husten befallen und geht 8 Stunden später suffokativ zu Grunde, große Mengen schaumiger, röthlicher Flüssigkeit erbrechend.

Die Autopsie ergiebt einen umfänglichen Echinococcussack zwischen Herz und linker Lunge, welche fast durchweg verödet ist und den Tumor schalenförmig umgiebt. Bei Druck auf den Sack, welcher noch ca. 1 Liter schaumiger, röthlicher Flüssigkeit, Membranen und zahlreiche Tochterblasen enthält, dringt der Inhalt aus der Trachea nach außen, und man findet bei näherem Zusehen mehrfache Durchbrüche zwischen Cyste und Bronchien. Diese Perforationen, die Todesursache, hatten nach der Verff. Meinung ihre Entstehung der Aspiration der Flüssigkeit verdankt, in so fern auf die den Bronchien anliegende zarte Cystenwand ein starker Luftdruck gewirkt und zum Bersten gebracht hatte. Verff. rathen dringend für ähnliche Fälle zu einfacher Punktion ohne Aspiration.

Fürbringer (Jena).

19. **Marie.** Hémiplégie hystérique. (Clinique de Charcot.)

(Progrès méd. 1884. No. 11.)

20. **Debove.** Hysterie d'homme.

(Ibid. No. 17.)

Ein durch das Ensemble der Symptome bemerkenswerther Fall. Ein 19jähriges Mädchen, welche im Anschluss an einen vor 3 Jahren durchgemachten Scharlach 1 Jahr lang an hysterischen Zufällen gelitten, wird im Schlafe durch ein auf ihr Bett fallendes Topfbrett jäh erschreckt und erleidet am nächsten Morgen beim Wasserschöpfen urplötzlich eine Lähmung der rechten Seite ohne Schwindel, ohne Bewusstseinsstörung. Nach einigen Tagen Rückgang der Lähmung; am dritten ergiebt die objektive Untersuchung eine eigenthümlich gruppirte (im Original einzusehende) brachiocrurale Monoplegie, keine Spasmen, Herabsetzung der Sehnenreflexe, verminderte Sensibilität im Bereich des rechten Beins, während die obere rechte Extremität absolute Anästhesie darbietet; Schwund des Muskelsinns; Gesicht frei, keinerlei cerebrale Symptome. Die Faradisation stellt in wenigen Minuten Motilität und Sensibilität des Armes wieder her. Die Lähmung der unteren Extremität leistet der elektrischen Behandlung Widerstand, um nach 2 Tagen spontan zu schwinden.

Neben diesem Fall verdient die D.'sche Beobachtung (2) Erwähnung. Hier erleidet ein vordem gesunder Mann plötzlich eine Art apoplektischen Insults mit Bewusstseinsschwund. Man konstatirt eine linksseitige mit Kontrakturen einhergehende Hemiplegie ohne Sensibilitätsstörung und diagnosticirt cerebrale Syphilis. Allein es schwinden innerhalb einiger Wochen Spasmus und Lähmung vollständig, und nach Monatsfrist wiederholt sich dasselbe Schauspiel, dies Mal mit dauernder Hemianästhesie auf der gelähmten Seite. Jetzt erweist die Untersuchung die Existenz eines Schmerzpunktes im Bereich der Fossa iliaca. Aus Anlass dieser Lokalisation lehnt D. den Eierstock selbst bei den an' Ovarie leidenden hysterischen Frauen als Sitz des Schmerzes ab, der bekanntlich die Entfernung des Organs überdauern kann.

Fürbringer (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 36. **Sonnabend, den 6. September.** **1884.**

(Aus der med. Klinik des Herrn Geh.-Rath Prof. Gerhardt.)

Beobachtungen über Antipyrin.

Von

Friedrich Müller, Assistenzarzt.

Nachdem das Kairin trotz seiner hervorragend antifebrilen Wirkung nach kurzer Zeit wegen der großen mit seinem Gebrauch verbundenen Unannehmlichkeiten und selbst Gefahren ziemlich allgemein wieder verlassen worden ist, tauchte in dem Antipyrin ein Mittel auf, das bei eben so intensiver und zuverlässiger Wirkung und bei viel angenehmeren Eigenschaften sich rasch allgemeine Anerkennung verschafft hat. Während Dosen unter 1,0 g, so wie verzettelte größere Gaben keinen oder einen ungenügenden Erfolg zeigten, reichten 4,0—6,0 g, innerhalb 1—2 Stunden gegeben, bei kräftigen Individuen stets aus, um die Temperatur von bedeutender Höhe bis auf die Norm herabzudrücken. Bei schwächlichen Individuen, so wie bei solchen mit labilen Fiebertemperaturen, genügten meist schon 1,5—2,0 g, so z. B. bei Typhösen im Stadium der steilen Kurven, und ferner bei Phthisikern. Gerade der Umstand, dass Antipyrin bei Phthisis pul-

monum stets gut ertragen wurde, während Kairin und eine Anzahl anderer neuerer Antifebrilia oft recht unangenehme Erscheinungen dabei hervorriefen, dürfte als werthvoller Prüfstein für die allgemeine Brauchbarkeit und Ungefährlichkeit unseres Mittels gelten.

Etwa 20 Minuten nach der ersten größeren Gabe beginnt bei Fiebernden die Haut turgescent und feucht zu werden, die Hautvenen füllen sich stark, und meist tritt reichlicher Schweiß auf. In einem unserer Fälle nahm das Körpergewicht innerhalb 2 Stunden bei profusem Schweiß um 525 g ab. Mit diesem vermehrten Blutzufluss zur Peripherie stimmt es überein, dass die Temperatur im Innern des Körpers (tief im Rectum gemessen) viel rascher sinkt, als an der Peripherie, und dass der Anfangs bestehende bedeutende Unterschied (bis zu 1,0°) sich im Verlauf des Temperaturabfalles fast vollständig ausgleicht.

Der Puls zeigt während der Antipyrinwirkung meist nur eine geringe Abnahme der Frequenz; dagegen wird er wesentlich größer und gespannter. So zeigte sich an sphygmographischen Kurven bei Typhösen, dass die Dikrotie und Überdikrotie verschwand, die Rückstoßelevation kleiner wurde und höher rückte, und Elasticitätselevationen auftraten. Es stimmt diese Thatsache mit den Beobachtungen Lichtheim's[1] am Resorcin und Seifert's[2] am Hydrochinon überein, und kann nach Wetzel's[3] Untersuchungen als Beweis dafür angesehen werden, dass während des Antipyringebrauchs der Blutdruck steigt.

Eine Milz-verkleinernde Wirkung, wie sie Gerhardt[4] für das kalte Bad, Seifert für das Hydrochinon konstatirt hatten, konnte bei Antipyringebrauch nicht oder in sehr geringem Grade gefunden werden.

Das Wiederansteigen der Temperatur ist eben so wie der Abfall langsam, auf 3—6 Stunden vertheilt, und zwar dürfte gerade in diesem langsamen Ansteigen zur früheren Höhe, in der geringen Steilheit der Kurve, der Grund zu suchen sein, warum fast nie Fröste zur Beobachtung kamen, während bei Kairin in der Regel Schüttelfröste die steil ansteigende Temperatur begleiteten.

Von unangenehmen Nebenwirkungen kamen bisweilen Übligkeiten und Erbrechen zur Beobachtung, und zwar erfolgte das Erbrechen oft erst 5—7 Stunden nach der Gabe des Mittels, zu einer Zeit also, wo letzteres, als leicht in Wasser löslich, wohl längst resorbirt war. Bei 2 Pat. wurde Schlafsucht mit unwillkürlichem Urinabgang beobachtet.

Bei Fiebernden wird durch Antipyrin eine beträchtliche Herabsetzung der N-Ausscheidung im Harn bewirkt, und zwar in höhe-

---

[1] Schweizer ärztl. Korrspdzbl. 1880. No. 14.

[2] Untersuchungen über die Wirkungsweise einiger neuerer Arzneimittel. Würzburg 1883.

[3] Zeitschrift für klin. Medicin Bd. V.

[4] Wiener med. Presse 1869.

rem Grade, als dies Sassetzky[5] für das kalte Bad und mittlere Dosen von Chinin und Natr. salicyl. gefunden hat. So erhielt z. B. ein Typhuskranker (4. Woche) während 9 Tagen genau die gleiche abgemessene Nahrung[6]. Am 3., 6. und 7. Tage wurden 7, resp. 6 und 5 g Antipyrin verabreicht, welche die Temperatur jedes Mal stark, und zwar für 13, resp. 5 und 4 Stunden unter die Fiebergrenze, herabdrückten. An den übrigen Tagen wurde keinerlei antifebrile Behandlung eingeleitet, und die Temperatur schwankte zwischen 38,2 und 40,8. Die N-Mengen im Harn betrugen:

Versuchstag	2	3	4	5	6	7	8	9
Mittl. Temp.	39,35	37,80	39,27	39,59	38,22	38,51	39,15	39,52
g N im Harn	19,646	**11,855**	19,658	23,421	**17,298**	**17,086**	22,177	22,007

Es fand also an den Antipyrintagen eine beträchtlich geringere Ausscheidung von N statt, im Mittel von 5,9 g, was einer Ersparung von 176 g Muskelfleisch im Tage entspricht.

Bei gesunden Menschen wird durch größere Dosen Antipyrin die Temperatur herabgesetzt, jedoch nur um einige Zehntelgrade, bis an die untere Grenze des Normalen. Auch die N-Ausscheidung wird um ein Geringes vermindert, doch sind die Zahlen zu gering und unsere Versuche noch nicht zahlreich genug, um die Sache entscheiden zu können. Die N-Bestimmungen wurden mit Natronkalk ausgeführt, wobei der N des Antipyrin wohl nur zum Theil oder gar nicht mitbestimmt wird.

Das Antipyrin des Handels ist das salzsaure Salz. Dasselbe giebt mit Eisenchlorid eine rothbraune Farbe, mit chromsaurem Kali gelben Niederschlag, mit salpetriger Säure eine smaragdgrüne Farbe, welche letztere noch bei einer Antipyrinlösung von 1 : 10 000 deutlich zu erkennen ist. Auf Grund letzterer Reaktion, welche Knorr[7] als charakteristisch für die tertiären Chinizine angiebt, erscheint es zweifelhaft, ob das Antipyrin der von May[8] erwähnte Körper ist, oder ob er nicht vielmehr der von Knorr[9] neu aufgefundenen Körperklasse angehört.

Im Harn tritt nach beträchtlichen Antipyringaben eine hochgradige Vermehrung der gebundenen Schwefelsäuren auf, die bis zur Hälfte der gesammten SO_4H_2 betragen können. Es ist also wahrscheinlich, dass das Antipyrin, ähnlich wie das Kairin[10], im Harn an Schwefelsäure gebunden erscheint.

Das Antipyrin destillirt mit den Wasserdämpfen. Im Destillat des Harns lässt sich die Reaktion des Antipyrin nicht erhalten.

[5] Virchow's Archiv Bd. XCIV.

[6] 1000 ccm Milch, 750 Bouillon, 3 Eier. Die genauen Zahlen der Analysen, so wie die der Temperaturen für diesen, so wie für einige weitere Versuche werden in einer demnächst erscheinenden Dissertation veröffentlicht werden.

[7] Berichte der deutschen chem. Gesellschaft Bd. XVII. p. 549.

[8] Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 24.

[9] Berichte der deutschen chem. Gesellschaft Bd. XVI. p. 2597.

[10] v. Mering, Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Suppl.-Hft.

Spaltet man jedoch die Ätherschwefelsäure durch Kochen mit HCl und neutralisirt mit NaOH, so gelingt alsdann im Destillat die Reaktion aufs deutlichste. Bei größeren Gaben von Antipyrin lässt sich der Nachweis schon im Harn direkt führen, wenn man mit HCl kocht und mit Wasser verdünnt; auf Zusatz eines kleinen Körnchens Natriumnitrit tritt sodann mit den aufsteigenden Gasblasen die grüne Farbe auf. Zur Darstellung des Antipyrin aus dem Harn wurden 3 Liter Harn eingedampft, mit Alkohol extrahirt, der Harnstoff mit Oxalsäure entfernt, das Extrakt nach Abdampfen des Alkohols mit Wasser aufgenommen, mit HCl gekocht, neutralisirt und mit Äther ausgeschüttelt. Das Ätherextrakt wurde mit HCl-haltigem Wasser aufgenommen. Die klare Lösung gab sämmtliche oben aufgeführte Reaktionen und mit NaOH eine flockige Fällung. Die Ausbeute war sehr gering. Das Antipyrin aus dem Harn krystallinisch darzustellen ist mir bis jetzt noch nicht gelungen.

---

1. **R. Kobert.** Zur Pharmakologie des Mangans und Eisens. (Aus dem Laboratorium für exp. Pharmakol. zu Straßburg.)

(Archiv für experimentelle Pathologie Bd. XVI.)

In der Einleitung giebt Verf. eine gedrängte Übersicht über das, was bisher vom Mangan bekannt ist. Er bespricht das Vorkommen von Mangan im Thier- und Pflanzenreiche, die bereits von Gmelin beschriebene pharmakologische Wirksamkeit des Mangans, eine von Couper mitgetheilte chronische Vergiftung durch Braunstein mit Muskellähmungen, die besonders von Hannon und Pétreguin gegen Skrofulose, Chlorose etc. empfohlene therapeutische Verwendung des Mangans und endlich die neueren auf das Mangan bezüglichen experimentellen Arbeiten von J. Hoppe, Laschkewitz, Harnack, Merti und Luchsinger. Er geht dann zur Mittheilung seiner eigenen mit halbcitronensaurem Manganoxydulnatron angestellten Versuche über, aus denen wir Folgendes hervorheben wollen.

A. Akute Vergiftung.

1) Bei Fröschen wirkt das Mangan lähmend auf die excitomotorischen Herzganglien, daher bei der akuten Vergiftung mit kleinen Dosen (eine chronische ließ sich nicht erzielen) Abschwächung der Herzthätigkeit, bei größeren Dosen Herzstillstand in Diastole. Unter der Wirkung des Mangans hören die willkürlichen Bewegungen auf, schwinden allmählich die Reflexe durch Abschwächung resp. Aufhebung der Querleitung im Rückenmark. Längsleitung selbst nach dem Tode noch ganz intakt, keine Einwirkung auf die Muskelsubstanz.

2) Bei Warmblütern wurde zunächst die tödliche Dose für die einzelnen Thierarten bestimmt. Dieselbe beträgt z. B. beim Hund 6—8 mg MnO pro Kilo Thier; Mangan ist hiernach für Hunde 5mal so giftig wie Eisen. Weiterhin werden die Symptome der Vergiftung beschrieben. Bei starker Vergiftung beobachtet man zuerst

Reizung des Gehirns (Krämpfe), dann Lähmung desselben, mit Respirationsstillstand beginnend und mit Lähmung des vasomotorischen Centrums endend; schließlich Lähmung der Herzganglien. Unterschied mit der Wirkung des Mangans bei Fröschen.

B. Subakute und chronische Vergiftung.

Mit Rücksicht auf die praktische Wichtigkeit der Frage und des besseren Vergleiches wegen versuchte Verf. durch Darreichung von kleinen Dosen weinsaurer und citronensaurer Eisenoxyd- und Eisenoxyduldoppelsalzen eine chronische Vergiftung vom Magen aus zu erzielen. Es gelang ihm eben so wenig wie seinen Vorgängern; es traten nur schwarze Durchfälle, sonst weiter nichts ein. Mangan wurde nur von Kaninchen vertragen. Es zeigte sich bei diesen Versuchen, dass eine Aufnahme des Mangans vom Magen und Darm aus nicht oder so gut wie nicht stattfindet. Macht man hieraus einen Schluss auf das Eisen, so würde »die alte Annahme, dass das Eisen z. B. bei Chlorose durch Übergang ins Blut seine segensreiche Wirkung entfaltet«, aufzugeben sein. Man würde dann etwa mit Buchheim anzunehmen haben, dass durch die in Folge der Eisenmedikation eintretende mäßige Hyperämie der Magen- und Darmschleimhaut bei anämischen Individuen eine bessere Verdauung der Speisen eintritt und so indirekt eine Verbesserung des Blutes. Bei nicht lediglich anämischen Organismen ist der Nutzen des Eisens ein sehr fraglicher.

Applicirt man den Thieren Mangan mittels wiederholter subkutaner Injektionen, wobei sich allerdings leicht Abscesse bilden, so stellt sich ein Symptomenkomplex ein, in welchem besonders bemerkenswerth der Ikterus ist. Von Interesse ist ferner, dass schon jede mehrtägige Manganvergiftung eine akute herdförmige Nephritis bewirkt, die allmählich in Schrumpfung übergeht. »Sollten die Verhältnisse beim Quecksilber, welches man ja meistentheils subkutan applicirt, ähnliche sein — was C. Ewald zwar zu bestreiten scheint, J. L. Prevost aber bestätigt — so würde die häufige Entstehung von Nephritiden bei allen Syphiliticis um einen Grund ihrer Entstehung mehr bereichert sein.« Ähnliche Affektionen der Nieren treten bei auch nur eine Woche hindurch fortgesetzten subkutanen Injektionen von Eisen, Nickel und Kobalt ein. »Metallniere«. Auf die Zusammensetzung der Blutgase ist Eisen und Mangan ohne Einfluss; ein Schwund des Leberglykogens findet im Gegensatz zu Rosenbaum's Beobachtungen bei Phosphorvergiftung nicht statt. In manchen Fällen von chronisch verlaufenden Eisen- und Manganvergiftungen stellt sich hohes Fieber ein, stets ist dasselbe 2—6 Tage vor dem Tode vorhanden. Als Ursache desselben betrachtet Verf. den rapiden Zerfall des Körpereiweißes; er stellt es in Parallele mit dem so häufig bei Phosphorvergiftung zu beobachtenden Fieber.

C. Über den Ort der Metallausscheidung in den Nieren.

Das Eisen wird bei intravenöser Applikation durch die Epithelien der gewundenen Harnkanälchen, nicht durch die Glomeruli ausge-

schieden, nur bei erheblicher Erniedrigung des Blutdruckes z. B. durch Chloral verlieren letztere in Übereinstimmung mit anderen Beobachtungen die Fähigkeit das Eisen zurückzuhalten; die Bowman-schen Kapseln sind dann mit Metall gefüllt.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. J. Cahn. Über die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse des Mangans im Organismus. (Aus dem Laboratorium für experimentelle Pharmakologie zu Straßburg.)

(Archiv für experimentelle Pathologie Bd. XVIII. p. 129.)

Aus den bisher vorliegenden Beobachtungen, die Verf. im Einzelnen mittheilt, ergiebt sich, dass die in den Organismus eingeführten Metalle von verschiedenen Organen, den Nieren, Speicheldrüsen, der Leber, der Darmwand ausgeschieden werden. Welche Rolle hierbei besonders die letztere spielt, suchte Verf. durch Versuche, die er mit dem bereits von Kobert gebrauchten Manganoxydulnatrium anstellte, zu entscheiden.

Sowohl bei intravenöser wie subkutaner Injektion findet sich schon nach außerordentlich kurzer Zeit ein sehr bedeutender Theil des Giftes aus dem Blute eliminirt. Das Metall wird von den parenchymatösen Organen, von Leber, Niere und namentlich von der Darmwand begierig aufgenommen und so lange die Sekretion der Organe nicht unterdrückt wird, in die betreffenden Sekrete weiterbefördert.

Es ergiebt sich also die wichtige Thatsache, dass das Metall von der Darmwand abgeschieden wird und mit den Fäces den Organismus verlässt. Es lässt sich im Mageninhalt Mangan nachweisen, dasselbe findet sich reichlich in der Darmwand selbst. Dass letzteres nicht etwa von einer Resorption des mit der Galle in das Darmlumen ergossenen Mangans herrührt, zeigen Kontrollversuche, in denen Mangan nicht subkutan oder intravenös applicirt, sondern direkt in den Darm hineingebracht wurde. Es ergab sich nämlich bei diesen Versuchen, dass eine Resorption des in passender Form applicirten Mangans in irgend wie erheblicher Menge nicht statt hat und auch die Darmschleimhaut frei von dem Metalle bleibt.

Mangan, in die Blutbahn gebracht, lässt sich nur im Serum nachweisen; von den rothen Blutkörperchen wird es nicht aufgenommen.

»Bei der nahen chemischen und pharmakologischen Verwandtschaft, die Mangan und Eisen zu einander zeigen, lässt sich wohl annehmen, dass die hier für das Mangan festgestellten Verhältnisse auch für das Eisen Geltung haben. Jedoch müssen darüber natürlich erst noch besondere Versuche Aufschluss gewähren.«

F. Röhmann (Breslau).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

(Fortsetzung.)

3. B. Fischer und B. Proskauer. Über die Desinfektion mit Chlor und Brom.

(Bd. II. p. 228.)

Wolffhügel und Koch haben gezeigt, dass die schweflige Säure zur Desinfektion geschlossener Räume absolut unbrauchbar ist. Es wurde nun untersucht, ob Brom und Chlor dazu vielleicht brauchbar sind, wie nach einigen vorläufigen Versuchen von Koch zu erwarten war. Die Versuche wurden theils in einem Kellerraum, theils in einer Flasche angestellt.

Chlor.

Es ließ sich kein Mikroorganismus finden, dessen Abtödtung durch Chlor nicht gelungen wäre. Dies gilt für Bakterien, Hefen, Schimmelpilze und Sarcinen, sowohl im sporenfreien als im sporenhaltigen Zustande. Feuchtigkeit unterstützt das Zustandekommen der Desinfektion wesentlich. Bei einer Feuchtigkeit, wie sie in geschlossenen Räumen vorkommt, können mittels eines hohen Chlorgehaltes die im lufttrocknen Zustande befindlichen Mikroorganismen innerhalb weniger Stunden abgetödtet werden, indessen kann man unter solchen Umständen nicht mit Sicherheit auf eine genügende Desinfektion rechnen. Bei einer mittleren Luftfeuchtigkeit kann durch 1 Volumprocent Chlor innerhalb 24 Stunden eine Desinfektion aller im lufttrocknen Zustande befindlichen Mikroorganismen erreicht werden. In den meisten Fällen ist der Desinfektion mit Chlor ein Abscheuern der Wände mit Karbollösungen, eventuell Abkratzen des Kalkbelags der Wände und Herausnahme des Fußbodens vorzuziehen. Wo dies nicht angeht, nehme man Chlor, aber nicht etwa in so geringer Koncentration, dass noch ein Mensch in dem Raume existiren kann. Ferner mache man den Raum schon vorher recht feucht. Die Dauer des Processes muss 24 Stunden betragen. Kleidungsstücke, Farbenanstriche, Tapeten und Metallgegenstände werden dabei natürlich sehr geschädigt.

Brom.

Bekanntlich hat Wernich (1882) der Desinfektion durch Brom sehr das Wort geredet. Die Verff. konnten dies nicht bestätigen, fanden vielmehr, dass Chlor intensiver wirkt und viel billiger ist. Die Abtödtung der Mikroorganismen gelang wohl in der Flasche, aber nicht im Kellerraum. Statt des Bromgehaltes von 0,2 Volumprocent, wie er sich beim Flaschenversuch bei 3stündiger Einwirkung zur Abtödtung aller Mikroorganismen als nöthig erwies, kam es im Kellerraum nur zu einem noch nicht halb so starken Bromgehalte. Daraus ergiebt sich, dass unter Anwendung des Frank'schen Kieselguhrverfahrens der Bromentwicklung und bei einem künstlich erzeugten hohen Feuchtigkeitsgehalte der Luft 35,7 g Brom, welche pro cbm Raum zur Verdampfung gebracht wurden, eine auch nur einiger-

maßen genügende Desinfektion der Wandoberflächen nicht zu Stande kommt. Die Behauptung von Wernich, dass man den Luftcubus eines Raumes bis zur Unschädlichmachung darin enthaltenen sporenhaltigen Materials desinficiren kann, wenn man auf jeden cbm 4 g Brom zur Verdampfung bringt, ist also unrichtig. Das Frank'sche Verfahren hat den Nachtheil, dass sich in der Zeiteinheit nicht Brom genug entwickelt, um einen Raum genügend zu desinficiren. Kleider werden vom Brom übrigens schnell ruinirt. Die von Frank vorgeschlagene Desinfektion von Lumpen, Wolle, Haaren, Polstern etc. mittels Brom ist undurchführbar. **Kobert** (Straßburg i/E.).

---

4. **Routier.** Rétrécissements cicatriciels de l'oesophage. (Terrillon'sche Klinik.)

(Progr. méd. 1884. No. 9 u. 10.)

Verf. beschränkt sein Exposé auf die Fälle von Ösophagusstenose, wie sie dem — zufälligen oder absichtlichen — Genusse von Causticis, insbesondere Schwefelsäure und Ätzlauge ihre Entstehung verdanken. Abgesehen von den Komplikationen und Behandlungsresultaten werden vier Perioden unterschieden, die der Ätzung, der Entzündung, der Beruhigung und der Striktur. Das erste Stadium dauert einige Stunden. Im Moment des Eindringens der Ätzflüssigkeit in die Speiseröhre erfolgt eine Kontraktion dieser im Niveau der Cardia; das Causticum bleibt in Folge dessen längere Zeit mit der Ösophaguswand in Kontakt — nur geringe Mengen pflegen in den Magen zu gelangen — und wird dann durch Regurgitation wieder nach außen befördert. In Folge der meist ringförmigen, selten fleckweisen Verätzung etablirt sich eine durch bedeutende Schwellung der Mucosa charakterisirte Entzündung. Das für den Kranken peinvolle Stadium derselben währt 5—6 Tage. Ihm folgt die »Période d'acalmie«: Der Ätzschorf ist abgefallen, die entzündliche Schwellung zurückgegangen, die Kranken können wieder leicht schlucken und halten sich für genesend; allein die Besserung erweist sich als trügerische, in so fern über kurz oder lang, bisweilen schon nach einigen Tagen, die Narbenstriktur sich ausbildet. Als Lieblingssitz dieser letzteren fungiren der obere und kardiale Abschnitt der Speiseröhre. Die Höhe pflegt 2—4 cm zu betragen, doch beobachtete R. schon Ausdehnungen von 20 cm und mehr. In seltenen Fällen wird durch vollkommene Verschmelzung der Granulationen das Lumen ganz obliterirt.

Von den Komplikationen ist vor Allem die Erweiterung der Speiseröhre oberhalb der Verengerung hervorzuheben, welche bei tiefen Strikturen zur Bildung einer umfänglichen, mehrere Liter fassenden Tasche führen kann. Dieselbe beherbergt, als wahrer Kropf, einen Theil der eingeführten Nahrung, erleidet in Folge der Zersetzung und Fäulnis derselben eine, bisweilen selbst zur Perforation führende Verschwärung ihrer Wände. Auf diese Weise entstehen die alimen-

tären Mediastinalabscesse. Andere Male übernimmt die Sonde die Perforation; auch Durchbrüche in die Trachea und Aorta sind beobachtet worden.

Die Symptome zerfallen in funktionelle und physikalische. Die wichtigsten der ersteren, welche auftreten, sobald das Kaliber der Striktur auf 1,2 cm zurückgegangen, bestehen in Dysphagie, zunächst beim Schlucken unvollständig gekauter, später auch flüssiger Ingesta. Die Schmerzempfindung beschränkt sich keineswegs immer auf den Ort der Läsion. Die später auftretende Regurgitation, welche einige Minuten auf die Einfuhr erfolgt, ist ein Symptom der sekundären Divertikelbildungen, welche nicht selten richtige Rumination bedingen; bisweilen wird der Tascheninhalt alle 4—5 Tage ausgebrochen. Selbstverständlich bleibt in Folge der mangelhaften Ernährung Kachexie nicht aus.

Bezüglich der physikalischen Diagnostik giebt den besten Aufschluss die Sondirung (nicht die Auskultation) durch den Finger für hoch gelegene, durch einen mit Kugeln von verschiedenem Kaliber zu armirenden Fischbeinstab für die sonstigen Strikturen. Unter den Hemmnissen und Täuschungsquellen spielt die spastische Verengerung die Hauptrolle, ganz ähnlich wie der Urethralkrampf beim Katheterisiren.

Die Behandlung endlich des Leidens anlangend wird die brüske Dilatation als brutales Verfahren, das nicht selten tödliche Periösophagitis schafft, verworfen. Für die allmähliche Erweiterung eignen sich am vorzüglichsten die besonders von Bouchard empfohlenen schweren Bougies mit centraler Bleifüllung, nicht die Kugelinstrumente, welche die Schleimhaut laceriren und nur momentan dilatatorisch wirken. Für diejenigen hochgradigen Fälle, welche dieser Art von Erweiterung spotten, kommt die interne (gefährliche) und externe (nur bei höher gelegenen Stenosen ausführbare) Ösophagotomie bezw. die Gastrotomie behufs künstlicher Ernährung in Frage.

Fürbringer (Jena).

---

5. **Gozzolino.** Sui tumori maligni delle tonsille.

(Morgagni Bd. VI. 1884. Juni.)

Die an den Mandeln vorkommenden malignen Tumoren sind Carcinome in der Form des Cancroid, des Medullarkrebses und des Scirrhus und Lymphosarkome. Die Klagen der Pat. beziehen sich Anfangs auf Schlingbeschwerden, wozu sich bisweilen Verschlucken und Herausbefördern der Speisen durch die Nase gesellt. Ein beachtenswerthes Symptom sind nach G. neuralgische, durch den Druck geschwollener Lymphdrüsen auf Nervenäste des Cervikalplexus bedingte Schmerzen im Nacken und Halse; auch Druck auf die Parotis soll mitunter schmerzhaft empfunden werden. Dass die Sprache solcher Pat. ein näselndes Timbre annimmt, ist naturgemäß. Die objektive Untersuchung zeigt die meist nur eine Mandel betreffende

starke Vergrößerung, welche beim Cancroid und Medullarkrebs beträchtlicher ist, als beim Scirrhus und Lymphosarkom. Auch die Konfiguration der vergrößerten Mandel ist bei den einzelnen Geschwulstformen eine verschiedene, kuglig beim Scirrhus, ramificirt bei den weichen Krebsformen, am wenigsten von der Norm abweichend bei den Lymphosarkomen. Die Konsistenz ist nur beim Scirrhus pathognomonisch, zeigt bei den weichen Krebsformen keine Charakteristika; die Oberfläche der scirrhös entarteten Tonsille ist glatt, zeigt beim weichen Krebs Fissuren und warzige Exkrescenzen. Ein klinisch wichtiges Merkmal ist die Anschwellung der Lymphdrüsen in der Unterkiefer-Mastoideal-Parotisgegend, wozu sich später auch die infraclaviculären Drüsen gesellen können. Frühzeitig verräth das kachektische Aussehen der Kranken die Schwere ihres Leidens, die Krankheitsdauer beträgt im Durchschnitt 17 Monate und schwankt zwischen 9 und 25 Monaten. Die Diagnose kann zuweilen dadurch schwierig werden, dass die Tonsillargeschwulst der Intumescenz der Lymphdrüsen gegenüber zurücktritt, wesshalb eine genaue Inspektion der Mundhöhle erforderlich ist; die differentielle Diagnose zwischen den einzelnen Geschwulstformen ist in letzter Instanz nur durch das Mikroskop zu stellen. Die Prognose der malignen Mandelgeschwülste ist schlecht. Therapeutisch kommt nur die Exstirpation in Betracht, zu deren Ausführung G. den Thermokauter oder die Galvanokaustik empfiehlt; ein in dieser Weise von G. operirter Pat. zeigte nach sechs Monaten noch kein Recidiv. (Wie sich G. den erkrankten Lymphdrüsen gegenüber verhält, darüber äußert er sich nicht und ohne Entfernung dieser ist die Exstirpation der primär ergriffenen Tonsille ja von mehr als zweifelhaftem Werth. Ref.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

6. **Taylor.** Chancre of the tonsil.

(New York med. journ. 1884. Mai 24.)

T. macht unter Bericht über mehrere einschlägige Fälle ein paar kurze, durchaus sachliche Bemerkungen über das in der Überschrift bezeichnete Leiden, das in Amerika viel häufiger vorzukommen scheint, als bei uns und vom Vortr. ganz besonders als »caused by depraved and unnatural sexual contact« bezeichnet wird. Die ersten Erscheinungen dokumentiren sich in Röthung und Schwellung ohne wesentliche Härte der Tonsille; unter Zunahme dieser Erscheinungen tritt oberflächliche Ulceration ein, welche bald zunimmt und mit Bildung eines grauweißen, bald dünneren, bald dickeren Belags einhergeht. Auch die Verhärtung nimmt zu und kann Knorpelkonsistenz erreichen, ein Ereignis, das wesentlich von der ursprünglichen Beschaffenheit der Mandel, dem größeren oder geringeren Gehalt derselben an zelligen oder bindegewebigen Elementen beeinflusst wird. Der Schanker entwickelt sich dabei stets nur einseitig, dessgl. schwellen auch die benachbarten Lymphdrüsen nur einseitig an, während das Intumesciren

entfernter gelegener Lymphdrüsen mit dem Ausbruch der sekundären Erscheinungen zusammenfällt. Subjektiv bestehen auf die Lokalaffektion zurückzuführende Schluckschmerzen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

7. **E. Fraenkel.** Zur Diagnostik und Therapie gewisser Erkrankungen der mittleren und unteren Nasenmuscheln.

(Sammlung klin. Vorträge No. 242.)

In seinem Vortrage bespricht F. die rein örtlichen, lediglich die Nase und zuweilen das Ohr betreffenden Symptome, welche durch die Hyperplasie des kavernösen Gewebes der unteren und mittleren Nasenmuschel hervorgerufen werden und die mehr allgemeinen Symptome, die durchweg reflektorischer Natur sind und als Reflexneurosen aufgefasst werden.

Zu der ersteren Gruppe gehören die durch lebhafte oder fehlende Betheiligung des Drüsenapparates hervorgerufenen Symptome, die Beeinträchtigung des Geruchsvermögens, das Nasenbluten; Komplikationen von Seite des Ohres sind im Verlaufe der in Rede stehenden Nasenaffektionen recht selten, insbesondere gegenüber der Häufigkeit von Ohrenerkrankungen bei Pat. mit adenoiden Vegetationen. Ferner macht F. auf gewisse hartnäckige, fast stets mit Thränenträufeln verbundene Katarrhe der Conjunctiva aufmerksam, die bei diesen Nasenschleimhauterkrankungen vorkommen und in praktischer Beziehung sehr wohl Berücksichtigung verdienen.

Dass schon verhältnismäßig geringgradige Alterationen der Schleimhaut der Nasenmuscheln ausreichen, um reflektorisch in von dem eigentlichen Locus morbi weit abgelegenen Gebieten zu heftigen nervösen Erscheinungen Veranlassung zu geben, wird von F. ganz besonders betont.

In Bezug auf das Bronchialasthma wird hingewiesen, dass bei mit Nasenpolypen behafteten Individuen Reflexneurosen im Allgemeinen und asthmatische Anfälle im Speciellen zu den Seltenheiten gehören, weil durch die Ausfüllung der Nasenhöhle mit den Tumoren der Zutritt von erregenden Reizen zur Nasenschleimhaut fehlt. Bei den Hyperplasien des kavernösen Gewebes hat F. dagegen ungemein oft Bronchialasthma gefunden (in $^1/_3$ der Fälle), dem entweder stunden- bis tagelang mit Niesreiz verbundener mehr oder weniger starker seröser Ausfluss aus der Nase vorausging oder sich lediglich auf die Dauer des Anfalls beschränkte. Bei einzelnen solcher Asthmatiker entsprach die Qualität des Sputums ganz genau der von Curschmann beschriebenen Beschaffenheit des Auswurfs. Verhältnismäßig häufig kommen solche asthmatische Zustände im Kindesalter vor, die mit Beseitigung der Nasenaffektion verschwinden. In das Gebiet der als spastische Neurosen zu bezeichnenden Zustände gehört noch das Auftreten eines mehr oder weniger intensiven, trockenen, durch einen lebhaften vom Larynx ausgehenden Kitzel unterhaltenen Hustens, den

man zuweilen durch direkte Berührung der erkrankten Stellen mit dem Sondenknopf auslösen kann.

Diesen spastischen Neurosen stehen solche Affektionen gegenüber, welche sich im Bereich sensibler Nerven abspielen, das wären neuralgische Affektionen in einem oder mehreren Quintusästen und ein Theil der als Sensibilitätsneurosen des Pharynx und Larynx bezeichneten Fälle. In den Kreis der Reflexneurosen sind dann noch solche als vasomotorische Reflexneurosen (Erytheme der Haut, gewisse Formen von Hemikranie, Schwindelanfälle) anzusehende Affektionen zu ziehen, und gewisse rheumatische sowohl Muskeln als Gelenke betreffende Zustände. In Bezug auf die Ätiologie dieser Affektionen vermag auch F. nicht viel Sicheres anzugeben; in praktischer Beziehung ist von Interesse, dass seiner Erfahrung nach Individuen, die an den in Rede stehenden Affektionen der Nasenschleimhaut leiden, der Aufenthalt in Seebädern schlecht bekommt.

Manche der pathologischen Veränderungen mögen angeboren oder in den ersten Jahren erworben sein und sicher kommen manche Infektionskrankheiten für die Entwicklung der betr. Muschelüberzugserkrankungen in Betracht (Masern, Keuchhusten).

Die Prognose ist fast immer als eine günstige zu bezeichnen, die Therapie muss mittels der Galvanokaustik geleitet werden.

Seifert (Würzburg).

---

8. **H. Magnus** (Breslau). Die Blindheit, ihre Entstehung und ihre Verhütung.

Breslau, **Kern's** Verlag (**Max Müller**), 1883.

Das vorliegende Werk erregt ein berechtigtes Interesse weit über medicinische Kreise hinaus; es behandelt die Blindheit, deren Entstehung und Verhütung auf Grundlage eines Materials von 2528 doppelseitigen Erblindungen. Zahlreiche statistische Tabellen sind dem Werke beigegeben und besonders ist eine große Generaltabelle in Farbendruck hervorzuheben, in der die ganzen 2528 Fälle nach der Häufigkeit der ätiologischen Elemente zusammengestellt sind. Die Blennorrhoea neonatorum steht der Procentzahl nach oben an als ätiologisches Moment (10,87%). Es folgen eingehende Erörterungen über Blindenstatistik, Blindbewegung und die geographische Verbreitung der Blindheit. Das 5. Kapitel handelt von dem angeborenen Blindsein und der angeborenen Erblindung mit den sich daran schließenden Fragen der Vererbung und der Konsanguinität der Eltern. Letzterer möchte M. nicht den großen schädlichen Einfluss zuschreiben, wie das von einzelnen Seiten geschehen ist. In den nächsten Kapiteln folgt dann die Besprechung der durch idiopathische Augenerkrankungen bedingten Blindheit (interessant ist die Reinhard'sche Tabelle über an Blennorrhoea conj. erblindete Kranke in den verschiedenen Ländern), ferner der durch Verletzung der Augen und des Kopfes bedingten Erblindung und der Blindheit, welche durch Körperkrank-

heiten hervorgerufen wird. Bei der Erblindung durch Krankheiten des uropoëtischen Systems ist die Conjunct. gonorrhoica mit gerechnet, daher die hohe Procentzahl. Die Syphilis ist mit einer viel zu geringen Procentzahl verzeichnet, weil viel syphilitische Erkrankungen mit unter andere Rubriken eingetragen sind (Choroiditis, Retinitis etc.). Namentlich französische Autoren haben nachgewiesen, dass die Impfung einen entschieden günstigen Einfluss auf die Zahl der Pockenerblindungen ausgeübt hat.

Kapitel 5 und 6 handeln von den Beziehungen, welche zwischen der Erblindung und den verschiedenen Altersstufen bestehen und von der Vertheilung der Blindheit auf beiderlei Geschlechter.

Der zweite Theil der Arbeit behandelt die Verhütung der Blindheit. Zunächst wird die allgemeine Bedeutung der Erblindungsprophylaxe besprochen. Die Blindheit hat eine bedeutende nationalökonomische Bedeutung. M. rechnet aus, dass die Blinden dem preußischen Staate 20 000 000 ℳ jährlich kosten (pro Kopf 965 ℳ, davon 600 ℳ bedingt durch die Arbeitsunfähigkeit des Blinden und 365 ℳ direkte Unterhaltungskosten). In Frankreich betragen lediglich die Unterhaltungskosten der Blinden jährlich 9 000 000 Francs. Die Ersparnisse, welche Preußen jährlich durch eine ausreichende Erblindungsprophylaxe würde machen können, betragen nach M. jährlich ca. 8 000 000 ℳ. Ein gesetzgeberisches Einschreiten gegen die konsanguine Ehe ist vom ophthalmologischen Standpunkte aus nicht gerechtfertigt. Kapitel 13 enthält Vorschläge, wie für die Augenkranken zu sorgen ist. Bei der Blennorrhoea neonatorum wird besonders dem Credé'schen Verfahren das Wort geredet.

Uhthoff (Berlin).

---

9. **May** (Köln). Antipyrin, das neueste Antipyreticum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 24—27.)

Die Versuche mit Antipyrin wurden im Bürgerhospitale zu Köln gemacht, an 22 Kranken mit 93 Einzeldosen vorgenommen, deren Gesammtsumme durch 107,5 g dargestellt erscheint. Als unangenehme Nebenwirkung beobachtete M. in der Mehrzahl der Fälle mehr oder weniger heftigen Schweiß von 1—2stündiger Dauer. 7mal trat Erbrechen auf, hier und da Frösteln mit dem Wiederansteigen der Temperatur, bei 1 Fall schwerer Collaps, Veränderungen des Harns waren nicht nachweisbar.

Verf. hebt als die Vortheile dieses neuen Antipyreticums in Übereinstimmung mit Erfahrungen von anderen Seiten einmal die sichere und rasche Wirkung, die sich schon nach einer Stunde in einer Temperaturerniedrigung von 0,5—1,0° zeigt und ferner die lange Dauer dieser Wirkung hervor. **Seifert** (Würzburg).

---

10. Alexander. Über das Antipyrin und seine Wirkung bei fieberhaften Krankheiten. (Aus der Klinik des Prof. Biermer.)

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 11.)

A. hat das Antipyrin in wässriger Lösung (10 : 150) bei den verschiedensten fieberhaften Krankheiten in innerlichen Gaben von stündlich 2 oder 1 g (eine subkutane Anwendung ist nach privater Mittheilung des Verf.s nicht rathsam), im Ganzen bei 15 Fällen angewendet. Stets, mochte es sich um Fieber bei Pneumonie, Abdominaltyphus, Erysipel, Gelenkrheumatismus, Masern, Rekurrens etc. handeln, erfolgte schon nach den ersten Gaben unter mehr oder minder großer Schweißeruption ein Abfall der Temperatur, meist auch der Pulsfrequenz, Wirkungen, welche nach 5—6 g Antipyrin mehrere Stunden, in einem Typhusfalle 15 Stunden anhielten, bei Rekurrens wurde durch fortgesetzte Antipyrinverabreichung, in 40 Stunden 17 g, die Temperatur während des ganzen Anfalls auf nahezu normaler Höhe erhalten; auch das subjektive Befinden der Kranken war während der künstlichen Entfieberung meist ein besseres. Irgend einen specifischen Einfluss auf den Verlauf einer der fieberhaften Krankheiten zeigte das Antipyrin nicht; von unangenehmen Nebenwirkungen ist nur das Erbrechen zu erwähnen, das besonders bei Frauen zuweilen beobachtet wurde. Nach Aussetzen des Mittels erfolgte das Wiederansteigen des Fiebers allmählich ohne Frosterscheinungen. Im Anschluss an diese Publikation theilt noch Dr. Rosenfeld mit, dass das Antipyrin im Harn durch Zusatz einer schwachen Eisenchloridlösung nachweisbar ist, wobei eine braunrothe Färbung sich einstellt, eine Reaktion, die im Gegensatz zu der der Acetessigsäure auch beim Kochen des Harns auftritt.

Kayser (Breslau).

---

11. J. Andeer (München). Das Resorcin als brechstillendes Mittel.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1884. No. 27.)

Die früher häufig beobachteten unangenehmen Nebenerscheinungen bei Resorcingebrauch, besonders in Übelkeit, Brechreiz und Würgen bestehend, treten nur bei Anwendung unreiner Präparate auf. Die Erscheinungen fehlen bei Anwendung des Resorcinum purissimum vel resublimatum. Es erwies sich das letztere Präparat als vorzügliches Mittel, um sonst unstillbares Erbrechen zu beseitigen. In einem Falle von Wundstarrkrampf bewirkte Resorcin in Dosen von 3,0 zuerst ein Herausschieben, dann eine völlige Beseitigung des durch andere Mittel erfolglos bekämpften Vomirens; eben so schwand bei einer an Menstruationsstörungen Leidenden, das durch die Krankheit hervorgerufene Erbrechen nach zweimaliger Resorcindarreichung von 1,0 g.

Leubuscher (Breslau).

---

12. Samuel. Die subkutane Infusion als Behandlungsmethode der Cholera.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 28.)

Die dringendste Indikation für die Behandlung der Cholera liegt in der Heilung der Inspissatio sanguinis, die während des nur Stunden dauernden enterisch-asphyktischen Stadiums ihren höchsten Grad erreicht und auf dem natürlichen Wege nicht bekämpft werden kann, da die sonst so große Resorptionsfläche des Darmkanales für ihre normale Funktion vollständig unfähig ist. Die Infusion von Wasser ins Blut hat zwar den großen Vortheil rascher unmittelbarer Überführung, hat aber doch so viele Nachtheile, dass sie nicht zu allgemeiner Anwendung empfohlen werden kann. Leicht ausführbar und vielleicht sehr zweckmäßig würden die von S. vorgeschlagenen multiplen Infusionen von Wasser sein, die an den verschiedensten Stellen der oberen Körperregion (möglichst nahe am Halse) gleichzeitig gemacht und deren Resorption durch Massage begünstigt werden könnten. Zu diesen Injektionen würden Salzlösungen von 6 g Natr. chlorat. mit 1,0 Natr. carb. auf 1000 Theile Aq. destill. auf Blutwärme wohl erwärmt benutzt und statt der Nadelapparate Trokars, die mit Irrigateurs in Verbindung stehen, gebraucht werden.

Seifert (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

13. E. Schütz. Über akutes Lungenödem nach Thorakocentese.

(Mittheilungen aus der Poliklinik an der deutschen Universität zu Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 26.)

Eine 24jährige Frau, die 6 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Poliklinik eine Frühgeburt, mit starken Blutverlusten verbunden, durchgemacht hatte, wird unter den Erscheinungen eines bis an die Spitze des Schulterblattes reichenden rechtsseitigen Pleuraexsudates aufgenommen. 11 Tage später musste wegen fortwährenden Steigens des Exsudates und bedrohlicher Kompressionserscheinungen seitens desselben, die Punktion vorgenommen werden. Es wurden bei derselben 2 Liter einer gelben, klaren Flüssigkeit entleert. Unmittelbar nach der Punktion trat, bald sich wieder legender, heftiger Husten auf. 1 Stunde später bekam Pat. wieder Husten und begann eine zähe, blassgelbliche Flüssigkeit mit reichlichem stellenweise blutig gefärbten Schaum auszuwerfen. Die Kranke war stark cyanotisch, in kollabirtem Zustande, es bestand starke Dyspnoe, erhöhte Temperatur; der Puls war sehr frequent und schlecht gespannt. Auskultatorisch war über der rechten Lunge kleinblasiges und Knisterrasseln wahrzunehmen. Es wurden ungefähr $1\frac{1}{2}$ Liter der erwähnten Flüssigkeit expektorirt. Der Stand des Exsudates war noch genau derselbe, wie kurz nach der Punktion. Durch sofort angewendete Reizmittel wurde der Zustand bald beseitigt; derselbe kehrte auch nicht wieder und Pat. wurde in der Folgezeit völlig von ihrer Pleuritis geheilt.

Was die Ursache dieser Expectoration albumineuse anlangt, so kann in diesem Fall, bei dem Fehlen jeglicher, dafür sprechender Symptome eine Perforation des Exsudates in die Lunge ausgeschlossen werden. Es handelt sich hier um das Auftreten eines akuten Lungenödems. Da die Punktion sehr langsam und in meh-

reren Absätzen vorgenommen war (mittels Hebermethode), so kann eine zu rasche Entleerung der Flüssigkeit nicht allein als Entstehungsgrund für das Ödem angenommen werden. Es ist wahrscheinlich, dass die hochgradige Anämie, die die Folge des heftigen Blutverlustes bei der Geburt gewesen, das Auftreten des Ödems begünstigt hat. Auch ein nach der Punktion entstehendes Missverhältnis zwischen der Arbeitskraft des rechten und linken Ventrikels könnte als ursächliches Moment angeführt werden.

Eine vergleichende Untersuchung der expektorirten und der durch Punktion entleerten Flüssigkeit konnte nicht vorgenommen werden.

Leubuscher (Breslau).

14. **Charles D. Bennett** (St. Michaels Hospital, Newark, N. S.). A Case of Cancer of the Pancreas and Omentum.

(Med. record 1884. Juni 21.)

Eine 40jährige Frau bekam plötzlich beim Heben eines schweren Topfes heftige Schmerzen im Abdomen, oberhalb und etwas rechts vom Nabel; dieselben strahlten auch nach der Blase hin aus. Der Schmerz ließ zwar auf verschiedene Medikationen hin nach, kehrte aber immer wieder und ließ sie sich 8 Wochen später ins Krankenhaus aufnehmen. Zu dieser Zeit bestanden Schmerzen von kontinuirlichem Charakter im ganzen Leib, besonders nach links bis zur Wirbelsäule hin, Druckempfindlichkeit äußerst stark. Störungen seitens des Digestionstractus waren nicht vorhanden, doch gab Pat. an, dass sie, sonst im Wesentlichen gesund, fast 1 Jahr hindurch an leichten dyspeptischen Erscheinungen mit gelegentlichem Erbrechen gelitten hatte. Palpatorisch fand sich an der Stelle der Schmerzhaftigkeit ein harter, unbeweglicher, unregelmäßig konturirter Tumor, der einen gedämpft-tympanitischen Schall ergab und mit dem Colon transversum zusammenzuhängen schien, so dass als Ursache der Krankheit eine Kothstauung angenommen wurde. Sie wurde mit Abführmitteln behandelt, die vorübergehend Besserung verschafften. Eine Punktion des Tumors lieferte 4 Unzen einer röthlich-braunen, serösen Flüssigkeit von starkem Eiweißgehalt, ohne charakteristische Formelemente.

Pat. hat reichlichen Fluor albus und doppelseitige parametritische Exsudate; die anderen Organe schienen gesund zu sein.

Unter allgemeinem Kräfteverfall erfolgte der Tod im Koma. Die Sektion ergab eine Peritonitis pelvica mit Fixation des Uterus. Im Omentum und den Mesenterialdrüsen zahlreiche scirrhöse Krebsknoten, die besonders nach dem Magen hinauf wucherten, Pankreas war in ganzer Ausdehnung durch Krebsmassen ersetzt. Die Schleimhaut des Magens war intakt, Darm unbetheiligt. Die rechte vergrößerte Niere zeigte fettige Degeneration. In einem der Nierenkelche fand sich ein Phosphatstein von Daumenbreite.

Verf. glaubt den Fall als ein primäres Pankreascarcinom auffassen zu müssen. Es weisen darauf hin die längere Zeit hindurch bestandenen gastrischen Störungen bei einer, wie die Autopsie zeigte, intakten Magenschleimhaut und ferner die Annahme, dass von den ergriffenen Organen das Pankreas allein, als mit Epithel ausgestattet, zur carcinomatösen Neubildung disponirt gewesen.

Der Fall illustrirt wieder die Schwierigkeiten der Diagnose des Pankreastumors; da die Erscheinungen genau dieselben bei jedem abdominalen Tumor hätten sein können. Was ihn noch besonders bemerkenswerth macht, ist der scheinbar akute Beginn des Leidens. Indessen ist wohl anzunehmen, dass jene erste Schmerzattacke vielleicht in der Einkeilung eines Nierensteines ihren Grund gehabt hätte.

Leubuscher (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 37. **Sonnabend, den 13. September.** **1884.**

1. **Bechterew** und **P. Rosenbach.** Nachtrag zu der Mittheilung über die Bedeutung der Intervertebralganglien.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 14.)

B. und R. halten den von Fr. Schultze erhobenen Einwendungen gegenüber (vgl. No. 30 d. Bl.) an ihrer Auffassung fest, wonach die von ihnen beobachtete Degeneration der grauen Substanz nach Durchschneidung der Cauda equina als Folge der Ausschaltung der Intervertebralganglien zu betrachten sei — nicht aber (nach Schultze) als unmittelbare Wirkung des traumatischen Eingriffs. Letzterer Behauptung setzen sie die Erwägung entgegen, dass sie als einzige Folge traumatischer Einwirkung stets nur eine sehr geringfügige Verwachsung der Cauda equina mit ihren Hüllen, in Ausdehnung von höchstens 2—4 mm, antrafen, während sonst keinerlei den Charakter traumatischer Gewebsentzündung tragende Veränderungen sich zeigten; dass ferner die in der Cauda mit durchschnittenen vorderen Wurzeln und die überwiegende Mehrzahl der weißen Stränge im unteren Rückenmark keine Spur aufsteigender Degeneration darboten.

A. Eulenburg (Berlin).

2. A. Kossel. Über das Guanin.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. VIII. p. 404.)

In Ergänzung früherer auf das Hypoxanthin und Xanthin bezüglicher Angaben theilt K. nach einigen kurzen technischen Bemerkungen und Erwähnung der bisherigen Beobachtungen eine Anzahl eigener in verschiedenen Organen gemachter Guaninbestimmungen mit. Er fand das Guanin, wie sich auf Grund seiner Untersuchungen über die Nucleine erwarten ließ, in allen denjenigen Organen, welche reich an Zellkernen sind: Pankreas, Milz, Leber, Muskel, ferner in Sarkomen und leukämischem Blute. Physiologisch bemerkenswerth ist der relativ reichliche Guaningehalt des kernreichen embryonalen Muskels; zwei in derselben Weise untersuchte Pankreasdrüsen zeigten einen verschiedenen Gehalt an Guanin, wobei K. die Möglichkeit erwähnt, dass die Menge der stickstoffreichen Basen mit den physiologischen Zuständen der Drüse wechselt. Dem Guanin kommt vermuthlich eine wichtige Rolle im thierischen Stoffwechsel zu. K. ist geneigt dem Guanin als Zwischenprodukt bei der Bildung des Harnstoffs eine ähnliche Bedeutung zuzuerkennen, wie es Hoppe-Seyler für das Kreatin thut — trotz der Fütterungsversuche, in denen nach Einführung von Kreatin per os dieses im Harn als Kreatinin wieder erscheint. Mit vollem Rechte wendet sich K. gegen die strikte Beweiskraft solcher Fütterungsversuche, wenn man aus den Umwandlungen, welche gefütterte Stubstanzen im Organismus erfahren, Schlüsse auf die im Innern der Gewebselemente ablaufenden chemischen Processe machen will. **F. Röhmann** (Breslau).

---

3. Chantemesse et Cornil. Microbes d'un phlegmon suivi par avortement et péritonite.

(Progrès méd. 1884. No. 19.)

Ein an und für sich und namentlich durch den intra vitam und post mortem erhobenen genauen Mikrokokkenbefund bemerkenswerther Fall.

Eine 35jährige, kräftige, früher stets gesunde Wäscherin, die sich im 9. Monate der 4. Schwangerschaft befindet, erkrankt plötzlich an Frost, Fieber und heftigen Schmerzen in der Nierengegend. Zwei Tage später etablirt sich zugleich mit ausgedehntem Lippenherpes an der inneren Fläche des rechten Oberschenkels eine mit beträchtlichem Randödem einhergehende Phlegmone. Die Haut im Bereich derselben mit zahlreichen z. Th. konfluirenden, serösen gelben und dunklen Inhalt führenden, an Pustula maligna erinnernden Bläschen bedeckt. Albuminurie. Im Sediment des frischen Harns fallen zahlreiche eigenthümliche Mikrokokken auf. Dieselben Gebilde werden im Inhalt der Bläschen und in dem durch Punktion der Phlegmone gewonnenen Eiter gefunden. Sie stellen sich bei Doppelfärbung mit Methylviolett und Eosin dar als intensiv violette, geschlängelte, bogen-

förmige und zu Knäueln vereinigte Ketten, welche aus voluminösen (bis 20) Mikrokokken von 0,5—0,6 μ Durchmesser bestehen. Neben den Ketten, welche theils frei theils intracellulär erscheinen, Mono- und Diplokokken, außerdem kleinere Bakterien.

Es wird eine Spur des Eiters unter Sterilisationskautelen in Peptongallerte kultivirt. Am nächsten Tage kolossale Vermehrung der beschriebenen Organismen, welche in die Haut eines Meerschweinchens verimpft eine Phlegmone mit ganz entsprechendem Kokkenbefund liefern.

Unter progressivem Verlauf der Phlegmone, welche sich mit ausgedehntem Erythemausbruche vergesellschaftet, Schüttelfrösten, Adynamie kommt die Kranke am 8. Tage mit seit ca. 3 Tagen abgestorbenen Zwillingen nieder. In unmittelbarem Anschluss an den Abort Zeichen allgemeiner Peritonitis, welcher die Kranke in einem Tage erliegt.

Die Sektion ergiebt, dass der phlegmonöse Process bis in das subaponeurotische Gewebe gedrungen ist, frische fibrinöse Peritonitis, im Uterus Blut und Blutgerinnsel, Ödem der breiten Mutterbänder und des rechten Eierstocks, trübe Schwellung der Leber, akute Nephritis. Lungen und Herz frei. Nirgends in den inneren Organen Abscedirungen. Die peritonitischen Pseudomembranen enthalten die geschilderten Mikroben, namentlich in Kettenform, in beträchtlicher Zahl, größtentheils in das Protoplasma der Wanderzellen eingebettet; dessgleichen werden sie gefunden im Ligam. latum der Leber und den Nieren, in letzteren sowohl intrakanalikulär als in den Interstitien und innerhalb der Kapillaren, doch nirgends in einer zur Obliteration führenden Menge.

Hiernach unterliegt es für die Verff. keinem Zweifel, dass die primäre Phlegmone ihre specifischen Kokken dem Blute zugeführt hat und durch Invasion von diesem aus — der Abort muss als sekundäres Ereignis, Folge des Fiebers etc. aufgefasst werden — die tödliche Peritonitis entstanden ist. Schließlich wird auf die große Ähnlichkeit der Mikroben mit dem von Doléris beschriebenen Pilz der puerperalen Niere (cf. dieses Centralblatt 1883 No. 47 p. 758) aufmerksam gemacht. **Fürbringer** (Jena).

---

4. Reports of the scientific grants committee of the British medical Association.

(Brit. med. journ. 1884. II. p. 101 ff.)

I. **G. F. Dowdeswell.** Report on experimental investigations on the intimate nature of the contagium in certain acute infective diseases.

Verf. ist experimentirend dem Entwicklungsgang einiger unserer Kenntnisse vom Kontagium nachgegangen. Der vorliegende Aufsatz giebt außer den betreffenden Versuchen klare und übersichtliche historische Einleitungen.

1) Experimente über Davaine's Septikämie.

Inficirt wurde mit einigen Tropfen faulen Rinderblutes. Tod tritt unter septischen Erscheinungen rasch ein. Das Blut der Leiche gerinnt dabei sofort und regelmäßig und zersetzt sich ungemein rasch. Ein Milliontel Tropfen davon wirkt noch auf andere Thiere tödlich. Abschwächung der Infektionskraft, Verkürzung der Inkubationszeit oder sonst eine Veränderung konnten auch bei fortgesetztem Weiterimpfen von Thier zu Thier nicht erzielt werden (6 Generationen). Bei allen inficirten Thieren wurde ein Mikrophyt von konstantem und scharfem Charakter in großer Menge gefunden; es handelt sich um ein Bacterium, das im lebenden Thiere keine Ketten, Zooglöamassen u. dgl. bildet. Die genaueren Charaktere des »Bacterium Davainii«, welches dem Bacterium termo ziemlich ähnlich ist, s. Original.

2) Experimente über »Pasteur's Septikämie der Meerschweinchen«.

Die Krankheit wurde nach einem Vorschlage von Sanderson und Klein durch Injektion einiger Tropfen keimfreier verdünnter Ammoniaklösung in die Bauchhöhle der Thiere erzeugt. Es entstand rasch Peritonitis mit infektiös wirkendem von Mikroorganismen wimmelndem Exsudat, der das Thier binnen wenigen Stunden erlag.

Das Exsudat konnte nicht so weit verdünnt werden wie das der vorigen Versuche, seine Infektionskraft nahm rascher ab. Die Wirkung wurde durch Weiterimpfen in sechs Generationen nicht stärker, die Inkubationszeit blieb die gleiche. Da nichtreizende Flüssigkeiten, z. B. Normalsalzlösung, keine infektiöse Peritonitis hervorriefen, so schließt Verf., dass die Keime im Thiere vorhanden sind und durch das chemische Reizmittel zur Entwicklung befähigt werden.

Der bei dieser Peritonitis auftretende Organismus ist der von Koch als Bacillus des malignen Ödems beschriebene.

3) Das Vorkommen von Mikroparasiten in den Geweben und Organen gesunder Thiere.

Rossbach hat behauptet, dass die Injektion von septischem Blut etc., auch wenn die Mikroorganismen darin durch Hitze getödtet sind, zur Septikämie mit massenhafter Pilzentwicklung führe. Verf. hat mit den Exsudationsflüssigkeiten der Pasteur'schen und Davaineschen Septikämie experimentirt. Er fand, dass man relativ große Mengen der betreffenden Flüssigkeiten, wenn sie zuvor stark erhitzt waren, ohne Schaden Thieren einverleiben kann.

Nach Rossbach sollen auch durch Injektion von Papainlösungen in das Blut septikämische Zustände erzeugt werden können.

Verf. zeigt nun, dass erstens Papainlösungen selbst nicht keimfrei sind, dass zweitens, wenn man durch eine möglichst keimfreie Lösung ein Kaninchen tödtet, dessen Blut durchaus pilzfrei ist. (Kulturen wurden gemacht.)

Keimfreie Flüssigkeiten ins Blut gebracht erzeugen also nie Pilzentwicklung. Es bleibt unerklärt, wieso reizende Substanz, die in den Peritonealsack kommt (Sanderson und Klein) dazu führt.

4) Weitere Experimente über das Vorkommen von Mikroorganismen in gesunden Thieren.

Durch Ersticken getödtete Thiere bleiben 24 Stunden im Wärmekasten. Gasentwicklung und Fäulnis tritt rasch ein. Der dabei nachzuweisende Organismus ist der Bacillus der Pasteur'schen Septikämie. Bacterium termo fehlt ganz.

5) Kulturversuche.

Davaine's Septikämie wuchs auf Serum und in Bouillon aus, es gelang aber nicht, von der ersten Kultur weiter zu impfen auf eine zweite. Pasteur's Septikämie wurde bis zur 5. Kultur verfolgt, die noch eben so infektiös wirkte, wie die erste. Der Organismus wuchs nur bei Luftabschluss.

II. **G. Thin.** Report on leprous infiltration of the epiglottis and its dependence on the bacillus Leprae.

Verf. hat Gelegenheit gehabt den Kehlkopf eines Leprösen zu untersuchen, der aus Neusüdwales stammte, wo ganz vereinzelt Lepra jetzt vorkommt.

Die Existenz der Bacillen im leprösen Gewebe konnte leicht bestätigt werden. Eine genaue pathologisch-anatomische Untersuchung der erkrankten Partien (zahlreiche Abbildungen) führt den Verf. zu folgender Ansicht über die Ausbreitung des leprösen Processes: Die Bacillen werden durch die weißen Blutkörper verschleppt. Wo sie hinkommen verstopfen sich die Gefäße und beginnt Auswanderung zahlreicher weißer Zellen. In der Umgebung des Gefäßes beginnt dann eine mächtige Wucherung von Leprazellen, das fibröse Gewebe wird zerstört. Eine schleichende Entzündung führt später zu weiterer Exsudation und zur Bildung neuen Bindegewebes.

In die Epidermis- und die Knorpelzellen dringen keine Bacillen.

III. **W. North.** Abstract of a report on the influence of bodily labour upon the discharge of nitrogen.

Untersuchungen über den Stoffwechsel des arbeitenden Menschen, die nicht wohl zu kurzem Referate geeignet sind.

Verf. fand, dass sehr rasch, unmittelbar nach stärkeren Körperanstrengungen, die Stickstoffausscheidung steigt. Ein sehr lange fortgesetzter Versuch am eigenen Körper, ein Versuch, in den mehrere Hungertage eingeschaltet waren, ergab, dass, wie nach Parkes u. A. auf verminderte N-Aufnahme Zurückhaltung von N im Körper folgt, auch an eine Ernährungsstörung des Körpers, wie sie durch schwere Arbeit erzielt wird, wo also auch kein N aufgespeichert werden kann, später Verminderung der Ausgabe im Vergleich zur Einnahme folgt. Das Resultat ist dasselbe; ungenügende Zufuhr wird später kompensirt, ob sie nun das Resultat von Hunger oder von Arbeit ist. Die Phosphatausscheidung steigt nur nach ganz besonders großen Anstrengungen, die Sulphatausscheidung ist etwa der N-Ausscheidung proportional. Um die Nahrung genau kontrolliren zu können, lebte Verf. während der ganzen Versuchszeit nur von Wasser, Fleischpulver, Mehl, getrockneten Kartoffeln und kondensirter Milch.

IV. Sydney Ringer. Report on the influence of rhombic Sodium-Phosphate and Sodium-Bicarbonate on muscular contraction.

Untersuchungen am Myographion, die zeigen, dass doppeltkohlensaures und (?) phosphorsaures Natron genau wie Veratrin auf den Muskel wirken. Beide erzeugen Verlängerung der Zuckung und fibrilläre Kontraktionen. Das hängt in keiner Weise von Ermüdung ab, ja schwindet sogar durch fortgesetzte Erregungen; nach Veratrin noch rascher als nach Natronsalz. Die Veratrinkurve ist nie so lang wie die Natronkurve.

Die Bewegungsstörungen sind rein peripherer Natur.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

5. B. Naunyn. Kritisches und Experimentelles zur Lehre vom Fieber und von der Kaltwasserbehandlung.

(Archiv f. exper. Path. u. Pharm. Bd. XVIII. Hft. 1 u. 2.)

Der Verf. wendet sich in der vorliegenden Abhandlung, indem er eine große Litteratur und besonders die einschlägigen experimentell physiologischen und pathologischen Arbeiten heranzieht und kritisch beurtheilt, besonders gegen Liebermeister und Jürgensen, deren Lehre vom Fieber trotz ihrer Einseitigkeit immer größere allgemeine Anerkennung findet, die jedoch scharf zu trennen ist von der Kaltwasserbehandlung bei fieberhaften Krankheiten, welche auch an N. einen warmen Vertheidiger findet, für die er auch bestimmte, aus seiner Erfahrung abstrahirte, feste Regeln am Schlusse seiner Arbeit aufstellt.

Von der in gedrängter Kürze geschriebenen Abhandlung kann ein ausführliches Referat unmöglich gegeben werden. Ref. muss sich darauf beschränken, die wichtigsten Punkte hervorzuheben und die Details dem eigenen Studium zu überlassen.

Die eingestreuten experimentellen Untersuchungen von N. selbst und seinen Schülern Minkowski und Falkenheim sind nur vorläufige, nicht abgeschlossene, sondern nur einleitende, augenscheinlich dazu bestimmt, zu weiteren experimentellen Arbeiten anzuregen, und demgemäß werden auch die Schlüsse aus ihnen nur in vorsichtiger Weise gezogen.

N. trennt scharf bei der Lehre vom Fieber die Gefahr der Steigerung der Körpertemperatur resp. der Erhitzung des Körpers, und die Schwere der ursächlichen Erkrankung, welche die Höhe des Fiebers mit sich bringt, für welche das Fieber gleichsam nur ein Symptom ist.

Die Gefahren der Überhitzung für den Organismus ohne Allgemeinerkrankung hat N. ausführlicher experimentell studirt, indem er dazu Kaninchen in einen von ihm konstruirten Apparat brachte, der hauptsächlich die Wärmestrahlung und ihren komplicirenden Einfluss abhält. Das Resultat der Experimente ist das, dass vollkommen ge-

sunde normale Kaninchen eine tage- ja wochenlange Überhitzung bis zu 42° C. meistens ohne jeden Nachtheil ertragen, dass dagegen Eigentemperaturen von 42,5 und 43° C. gefährlich und tödlich sind, Alles dies unter der Voraussetzung reichlicher Nahrung und Wasserzufuhr. Bei der Diskussion über die Gefahren der Überhitzung bei fieberhaften Krankheiten trennt N. von vorn herein 1) den Hitzschlag und 2) die hyperpyretischen agonalen Temperaturen ab, für welche er auch eine eigene therapeutische Behandlung empfiehlt, d. h. die schleunige Abkühlung durch kaltes Wasser.

Bei Betrachtung der fieberhaften Krankheiten (Pneumonie, Typhus, Febris recurrens, Scarlatina etc.) kommt N. zu dem Resultate, dass die hohe Körpertemperatur absolut nicht für die Gefahren, welche die betreffenden Krankheiten mit sich bringen, verantwortlich gemacht werden dürfen. Am lehrreichsten ist hier die Febris recurrens, bei welcher, wie allgemein bekannt ist, Temperaturen die Regel sind, welche in solcher Höhe bei den anderen Krankheiten äußerst selten vorkommen, die hier von den Ärzten auch ohne Sorge beobachtet werden, die hier ohne jeden Nachtheil lange Zeit ertragen werden. Beim Typhus abdominalis beobachtet man gar nicht selten Fälle mit niedrigen Temperaturen (selten über 39,0° C.), die trotzdem die schwersten Allgemeinerscheinungen zeigen, während Parallelfälle mit recht hohen Temperaturen (meistens gegen 40° C.) dieselben nicht zeigen und häufig auch günstiger und rascher verlaufen als die ersteren. Ähnliches lässt sich auch bei den übrigen akut fieberhaften Krankheiten beobachten. Demnach ist die Beobachtung der Körpertemperatur nach N. in den fieberhaften Krankheiten im Allgemeinen wichtiger als die jedes anderen Einzelsymptomes, hauptsächlich weil wir für die Übrigen nicht einen so sicheren objektiv zu beobachtenden Maßstab besitzen, wie für die Körpertemperatur in dem Thermometer.

Ausführlich behandelt N. unter Zusammenstellung der durch experimentelle Arbeiten gewonnenen Resultate, die Wirkung der Überhitzung in fieberhaften Krankheiten, den Antheil der fieberhaften Überhitzung an der fieberhaften Steigerung des Körperkonsums, Resultate, die sämmtlich noch so wenig sicher sind, so vielen Einwürfen begegnen, dass sich sichere Schlüsse aus ihnen zur Zeit noch nicht ziehen lassen.

Die Definition des Fiebers im Sinne von Liebermeister kann N. nicht für richtig anerkennen. Man hat kein Recht, die beim Fieber auftretenden Funktionsstörungen der einzelnen Organe als Folgen des Fiebers anzusehen. Fieber ist ein Symptom, welchem die übrigen pathologischen Erscheinungen, d. h. Störungen des Nervensystems, der Blutcirkulation, des Stoffwechsels etc. als weitere Symptome gleichsam koordinirt verlaufen und das kausale Moment aller dieser einzelnen Symptome ist die akute Infektion. Demgemäß bespricht N. die bei den akuten Infektionskrankheiten bis jetzt aus der Krankenuntersuchung und der experimentellen Forschung gewonnenen Resultate und zwar 1) den Stoffwechsel, 2) Veränderung des Blutes

in den fieberhaften Krankheiten, 3) die Sekretionsstörungen im Fieber, 4) die Cirkulationsstörungen in den akuten fieberhaften Krankheiten.

Die Ausführungen N.'s in diesen einzelnen Punkten sind fast ganz kritischer Natur, eigene Ansichten und eigene Untersuchungen treten hier mehr zurück und daher kann auch der Ref. über diese einzelnen Punkte rascher hinweggehen.

Hervorzuheben ist nur, dass Dr. Minkowski bei Untersuchung des Blutes fiebernder Hunde an den Blutkörperchen keine sichtbaren Veränderungen fand, dass das Serum nach der Gerinnung oder nach Centrifugiren farblos war. Dagegen soll sich nach Minkowski in dem Blute fiebernder Hunde eine abnorme Säure (Gährungsmilchsäure) finden. Einige Versuche theilt auch N. mit über die Harnstoffausscheidung und einen etwaigen Gehalt des Blutes an kohlensaurem Ammoniak bei fiebernden Individuen. Er beobachtete in einem Falle von Typhus exanthematicus am 2. Tage nach der Krise 91 g Harnstoff, in einem zweiten Falle am 3. und 4. Tage nach der Entfieberung zusammen 160 g Harnstoff, Thatsachen, deren Erklärung noch auf Hindernisse stößt. Eine im Fieber stattfindende Anhäufung von Harnstoff in den Organen weist N. auf Grund zahlreicher Untersuchungen von Leichentheilen Fiebernder zurück. Beim Hunde ließ sich im Verlaufe schweren septischen experimentell hervorgerufenen Fiebers eine Störung der Harnstoffsekretion nicht nachweisen. Eben so wenig enthält das Blut Fiebernder kohlensaures Ammoniak. (Über die Anordnung des Versuches muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.)

Schließlich entwickelt N. die Grundsätze, die für ihn bei der hydriatrischen Behandlung der fieberhaften Krankheiten maßgebend sind, und die Regeln, die er für dieselbe als praktisch richtig erprobt hat. N. beschränkt die Kaltwasserbehandlung (abgesehen von dem Hitzschlage und den agonalen Hyperpyrexien, die ja in den ganzen Deduktionen des Verf. eine Ausnahmestellung haben) lediglich auf den Typhus abdominalis, da nach ihm die Statistik einen günstigen Einfluss derselben auf die Mortalität bei den übrigen akut fieberhaften Krankheiten noch nicht nachgewiesen hat. Die Antipyretica (Natr. salicyl., Chinin etc.) wendet N. so gut wie niemals im Verlaufe des Typhus an.

Die Regeln, die N. für die Kaltwasserbehandlung im Verlaufe des Typhus abdominalis ertheilt, sind in der Hauptsache folgende. N. verordnet nur Vollbäder und nennt

1) kalte Bäder solche von 18—22° R.
2) laue » » » 22—26° »
3) warme » » » 26—28° »

Die Typhen werden in der Regel gebadet, sobald die Temperatur in der Achsel 39,5 beträgt. Die Häufigkeit der Bäder richtet sich nach der Temperatur des Kranken. Alle 3 Stunden wird gemessen und event. gebadet. Zwischen Tag und Nacht wird kein Unterschied gemacht. Meistens kommen zuerst Bäder von 20° R. in Anwendung, oft aber auch solche von 23—24°, unter 18° wird nie heruntergegangen.

Das Bad dauert je nach der Individualität des Pat. 5—10 Minuten bei kalten, 10—15 Minuten bei lauen Bädern. Nach dem Bade wird warmer Wein, Grog etc. gegeben. Wenn die Bäder in dieser Temperatur keinen günstigen Erfolg haben, der Kranke sich nicht erwärmen kann, kollabirt etc., so ist für ihn meistens das Bad zu kalt gewesen und haben dann Bäder von 2—4° höherer Temperatur keine üble Nachwirkung. Sinkt bei einer derartigen Behandlung, ohne dass die Bäder der angewandten Temperatur die eben angedeutete üble Nachwirkung haben, die Temperatur nicht genügend, erreicht sie ihre alte Höhe rasch wieder, so muss man das Bad etwas kälter wählen oder man badet öfter resp. bei Temperaturen unter 39,5.

Auch schwere Typhen mit niedrigen Temperaturen aber starken Allgemeinerscheinungen werden mit gutem Erfolge bei Körpertemperaturen (Achsel) von 39° gebadet. Hin und wieder (bei stark delirirenden Kranken) werden zwischen die kalten Bäder warme, d. h. solche von 26—27° R. eingeschoben, meistens des Abends zwischen 6—8 Uhr. Der Einfluss dieser warmen Bäder ist meistens ein sehr guter. Neben den Bädern legt N. einen großen Werth auf die Diät und überhaupt auf die sorgfältige Pflege des Pat.

E. Stadelmann (Königsberg).

---

6. **Ehrlich.** Über die Sulfodiazobenzolreaktion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 27.)

Verf. giebt auf Grund einer nunmehr fast 3jährigen Erfahrung eine übersichtliche Zusammenstellung der Principien und Resultate der genannten Reaktion. Er unterscheidet an primären, d. h. nach Hinzufügen des sauren Diazoreagens im Urin auftretenden Farbenreaktionen: 1) die primäre Verdunkelung, welche im gallenfarbstoffhaltigen Harn zu Tage tritt und in diesem Blatte 1883 No. 45 des Näheren beschrieben ist; 2) die primäre Vergilbung (»tief dunkelgelbe Färbung«), die wahrscheinlich durch ein zwischen Bilirubin und Hydrobilirubin stehendes Derivat des Gallenfarbstoffes erzeugt wird. E. fand dieselbe in diarrhoischen Stühlen und den von Gerhardt als Urobilin-Ikterus beschriebenen Fällen.

Die sekundären, nach Alkalisirung des sauren Harnreagensgemisches auftretenden Farbenreaktionen sind: 1) das sekundäre Eigelb, das nach Einführung größerer Dosen von Tannin oder Gallussäure im Harn erscheint; 2) Reaktionen vom Typus der Traubenzuckerreaktion, die entweder wie Traubenzucker nur unter Einwirkung starker Alkalien (Kalilauge) oder wie Äthyldiacetsäure schon mit Ammoniak die rothe Reaktion Penzoldt's geben; 3) die Rothfärbung der Ehrlich'schen Harnprobe bei Anwendung kleinster Mengen von Diazobenzol, wie sie am zweckmäßigsten in der ursprünglichen, vom Verf. angegebenen Lösung dargestellt werden. E. bespricht ausführlich die bei Anstellung der letzteren in Betracht kommenden Fehlerquellen, wie die Menge des Natriumnitrits, Säuregehalt des Reagens u. A. m., deren Außer-

achtlassung die Veranlassung zu den abweichenden Resultaten Penzoldt's und Petri's gegeben hätten, und erörtert sodann die klinische Bedeutung der Reaktion.

Die Reaktion fehlt im Harn von Gesunden so wie fieberlosen Kranken, mit Ausnahme seltener Fälle von vorgeschrittenen Herzfehlern, chronischer Hepatitis, Carcinom, Leukämie, Marasmus senilis, Malariakachexie, kalten Abscessen.

Die fieberhaften Erkrankungen zerfallen in solche, in denen sie fast regelmäßig zu fehlen pflegt, wie Rheumatismus, Meningitis, Erysipel; in solche, in denen sie bald häufiger, bald seltener vorkommen kann, z. B. Pneumonie, Scarlatina, Diphtheritis; endlich in solche, in welchen sie fast konstant vorkommt, wie bei Typhus abdom. und exanthem., bei Morbillen. Von besonderem diagnostischen Werthe ist dieses Verhalten für die Erkennung des Typhus so wie der Typhusrecidive, bei denen die Reaktion ebenfalls sehr intensiv und prompt aufzutreten pflegt. Auch bei vorgeschrittenen Fällen von Phthise wird die Reaktion außerordentlich häufig beobachtet und nimmt Verf. an, dass der die Reaktion bedingende Körper oder eine Vorstufe desselben innerhalb der Lungen resp. in den käsig infiltrirten Partien sich bilde und durch Resorption ins Blut gelange.

Escherich (Würzburg).

---

7. **Gnauck.** Über Augenstörungen bei multipler Sklerose.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 14.)

G. giebt eine (nichts wesentlich Neues enthaltende) Schilderung der Affektionen des N. opticus bei fleckweiser grauer Degeneration der Nervencentra. Bemerkenswerth sind zwei genauer mitgetheilte Fälle von partieller Opticusatrophie, und zwar vorzugsweise der temporalen Papillenhälften; der erste, in welchem die Sehstörung im Laufe von Monaten völlig stationär blieb, machte den Eindruck eines abgelaufenen neuritischen Processes; der zweite ergab ganz das Bild einer Intoxikationsamblyopie (centrales Skotom, Anfangs für roth und grün, später auch für blau, bei freiem peripherem Gesichtsfeld); später wurde das Gesichtsfeld allmählich frei, während sich atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälfte bemerkbar machte. In einem Falle von frisch untersuchter, ganz plötzlich im Verlaufe multipler Sklerose entstandener Sehstörung des linken Auges zeigte sich ausgesprochene Neuritis optica der ganzen Papille links, partielle Neuritis rechts mit freiem Gesichtsfeld und normaler Sehschärfe. Diese Befunde scheinen dafür zu sprechen, dass die Opticusatrophie bei multipler Sklerose entzündlichen Ursprungs sein kann; ob immer, ist allerdings fraglich; vermuthlich besonders in den mit stationär bleibender Atrophie der temporalen Papillenhälften einhergehenden Fällen.

A. Eulenburg (Berlin).

---

8. **W. Bernatzik** und **A. E. Vogel**. Lehrbuch der Arzneimittellehre mit gleichmäßiger Berücksichtigung der österreichischen und deutschen Pharmakopöe. I. Hälfte.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1884. 6 M.

Wenn zu den vielen schon vorhandenen Lehrbüchern der Pharmakologie jetzt noch ein neues tritt, muss der Kritiker an dieses selbstverständlich einen strengeren Maßstab anlegen, als wenn es das einzige seiner Art wäre.

Die Reihenfolge der Mittel in diesem neuen Buche anlangend, finden wir folgende Gruppen bis jetzt vertreten: Prophylactica (Antidota, Antiseptica und Antiparasitica), Emmolientia (Amylacea, Saccharina, Mucilaginosa, Pinguedines), Tonica (Amara, Digestiva, Martialia), Adstringentia, Balsamica, Temperantia.

Aus dieser Eintheilung ersieht man, dass das Buch der seit 30 Jahren üblichen oder besser gesagt weiter verschleppten Methode der Anordnung folgt.

Den Inhalt der einzelnen Abschnitte kann man als eine Aneinanderreihung dessen, was die Jahresberichte über Pharmakologie gebracht haben, bezeichnen. Eine solche selbst noch so ausführliche Aneinanderreihung ist desshalb aber noch lange kein Lehrbuch; dazu gehört vielmehr, dass der Verf. einen auf vieljähriger Forschung basirenden Standpunkt einnimmt und von diesem aus den Wust der Arbeiten, welche über die einzelnen Mittel vorliegen, sichtet. Dieser Standpunkt kann ein rein klinischer sein, wie in dem Buche von Nothnagel und Rossbach, oder ein rein experimenteller, wie in dem von Schmiedeberg, niemals aber darf er ein solcher sein wie im vorliegenden Buche, wo z. B. die Ansicht von Harnack, dass das Blei bei der Bleilähmung peripher wirkt und die von Remak, dass es central wirkt, angeführt wird, ohne dass dem Leser auch nur klar würde, dass der Verf. den Gegensatz zwischen beiden bemerkt hätte. Man merkt eben auf jeder Seite, dass der Verf. weder genügend Kliniker, noch genügend Pharmakolog ist, um sich ein Urtheil erlauben zu können.

Aber selbst wenn wir das Buch nur von dem Standpunkte aus betrachten, dass es eine Resumirung alles dessen sein soll, was über die einzelnen Substanzen von Arbeiten vorliegt, können wir es nicht loben, denn es ist nicht vollständig, so fehlt z. B. die Erwähnung der beim Abtreiben des Anchylostomum duodenale verwendeten Mittel, bei Tanacetum ist die gute Arbeit von Putzeys über den Tanacetkampher nicht erwähnt, beim Menthol ist weder die Arbeit von Marcuson noch die von Pellacani aufgeführt; beim Quassiin ist nicht gesagt, dass dasselbe sowohl chemisch als physiologisch jetzt gut untersucht ist etc. **Kobert** (Straßburg i/E.).

9. R. Burkart. Über Wesen und Behandlung der chronischen Morphiumvergiftung.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 237.)

Die Erscheinungen der Morphiumsucht — oder wie Verf. die Krankheit genannt wissen will, Morphiumvergiftung — sind zur Genüge bekannt; von den interessanten Einzelheiten, welche die vorliegende Arbeit über das Wesen der Krankheit bringt, sei zunächst erwähnt, dass das größte Tagesquantum, welches injicirt wurde, 3,5 g Morph. muriat. betrug. Das geringste Quantum, bei dessen dauerndem Gebrauche Verf. chronische Vergiftung eintreten sah, betrug 0,02 pro die. Für das Zustandekommen der Angewöhnung ist es naturgemäß von größter Bedeutung, wie ein Individuum auf die erste Morphiumeinspritzung reagirt, denn die Wirkung des Alkaloides äußert sich bei verschiedenen Personen in völlig differenter Weise, wechselnd zwischen den unangenehmsten Vergiftungserscheinungen und der eminent wohlthuendsten Wirkung.

Die Wirkung des Morphium erstreckt sich außer auf das motorische, sensible und trophische Nervensystem bei der chronischen Intoxikation ganz besonders auf das Herz, die Blutgefäße und die gesammte Blutvertheilung. Bei den Sektionen der an chronischer Morphiumvergiftung Gestorbenen, fanden sich übereinstimmend Cirkulationsstörungen in fast allen Organen, bedingt durch Stauungen im kleinen Kreislauf.

Mehrfach hatte Verf. Gelegenheit, die Endstadien des chronischen Morphinismus am Lebenden genauer zu beobachten; es fanden sich bei solchen Individuen zunächst verbreitete Cirkulationsstörungen: mäßig verbreitete Herzdämpfung; abgeschwächter Spitzenstoß, kleiner unregelmäßiger Puls, Cyanose, Hydrops und Athembeklemmung. In solchen Fällen, bei denen es sich meist um 50—60jährige Individuen handelt, die seit langen Jahren Morphiumabusus treiben, handelt es sich zuweilen auch um die Entscheidung, ob jene Störungen durch völlige Entziehung oder weitere Beschränkung der gewohnten Morphiummenge zu beseitigen seien. Verf. räth hier dringend zur Beibehaltung, resp. sogar Steigerung des gewohnten Reizmittels, aus der Erfahrung, dass in solchen Fällen völlige Entziehung dauerndes Siechthum oder plötzlichen Tod zur Folge hat, während erneute Zufuhr des Giftes eine nicht unwesentliche Kräftigung selbst sehr elender Individuen herbeiführt.

Über die Art der Wirkung des Morphiums innerhalb des Organismus gehen die Ansichten bekanntlich noch weit aus einander. Auch darüber, in wie weit chemische Umsetzungen des Alkaloides im Körper stattfinden, ist noch keine völlige Einigkeit erzielt. Verf. hat eine Reihe neuer und höchst interessanter Versuche angestellt, aus denen hervorzugehen scheint, dass das in den Organismus eingeführte Morphium nicht als solches, sondern in einer besonderen, nicht genau bis jetzt zu bestimmenden Modifikation den Körper im Harn wieder

verlasse. Bekanntlich steht diese Ansicht der von Marmé jüngst geäußerten schroff gegenüber; Marmé behauptet, dass sich Morphin im Harne gesunder und kranker Menschen, wenn es in Dosen von mindestens 0,1 g intern oder subkutan einverleibt wird, mit Sicherheit nachweisen lasse, falls die Nierenfunktion nicht alterirt ist. Ein anderer Theil des Giftes soll nach Marmé im Organismus zu Oxydimorphin oxydirt werden. Während also nach Marmé's Ansicht die Kontrolle über die in einer Entziehungskur befindlichen Morphinisten durch die Harnuntersuchung wesentlich erleichtert würde, liegt nach B.'s Ansicht das Verhältnis nur so, dass im Falle des Vorhandenseins von Morphium im Urin der Nachweis der Morphiumaufnahme gesichert ist, während umgekehrt ein morphiumfreier Urin durchaus nicht beweist, dass das betreffende Individuum kein Morphium genommen habe.

Der zweite Theil des Vortrages ist der Behandlung der Morphiumvergiftung gewidmet. B. gehört zu den energischsten Vertretern des Principes der allmählichen Morphiumentziehung, er schildert im Beginn dieses Theiles der Arbeit die durch Levinstein's Schilderung bekannten Abstinenzerscheinungen, welche in den ersten Tagen der plötzlichen Morphiumentziehung auftreten und giebt ein in vielleicht etwas allzugrellen Farben gemaltes Bild der Levinstein'schen Behandlungsmethode. Verf. selbst hat bei seiner Methode, welche nur moralischen keinen physischen Zwang den Kranken auferlegt, 71% momentane Heilungen erzielt. Allerdings sagt B. auch von seiner Methode, dass »sie nicht frei ist von unangenehmen und plagevollen Begleiterscheinungen, und dass die Kranken sich während der Morphiumentziehung tagelang in einem elenden und bejammernswerthen Zustande befinden«. Zur Ausführung der Entziehung gebraucht B. im Durchschnitt 14—21 Tage; es werden zu den Einspritzungen im Allgemeinen diejenigen Zeiten des Tages gewählt, an welche der Kranke während des Morphiummissbrauches sich gewöhnt hatte und die tägliche Tagesdosis wird konsequent um 0,3—0,2—0,1—0,005 vermindert, indem Anfangs größere, später kleinere Quantitäten täglich entzogen werden. Neben der subkutanen Morphiuminjektion erhalten die Kranken per os 1—2—4mal täglich 0,03—0,04—0,07—0,09 Opium purum oder entsprechende Quantitäten Tinct. op. simplex. Diese Opiumzufuhr bietet den großen Vorzug, dass die Verdauungsorgane in einem wesentlich besseren Zustande bleiben, als es ohne Opiumgebrauch bei der Morphiumentziehung bekanntlich der Fall ist.

Ein wichtiges Agens zur Linderung der Beschwerden und zur Hebung und Erhaltung des Kräftezustandes während der Entziehungskur sind Bäder, die jedoch in sehr verschiedener Weise ertragen werden. Als Stimulantien verwendet Verf. außerdem alten Rheinwein und Kognak.

Ferner hat Verf. auf Grund der Beobachtung, dass die Entziehung des Morphiums bei solchen Kranken, die dasselbe per os zu nehmen gewohnt sind, leichter von Statten geht, als unter gleichen Bedin-

gungen bei Morphiumspritzern, versucht, die Morphiumspritzer zunächst zu Morphiophagen zu machen und dann das Gift langsam zu entziehen. Diese Methode soll eine Reihe von Vorzügen sowohl nach der psychischen Seite hin bieten, als auch besonders die Entziehung der letzten kleinen Dosen erleichtern.

Als schlimmste Zeit für die Entstehung der Rückfälle giebt Verf. die ersten 4 Wochen nach beendeter Entziehungskur an, doch sind diese Rückfälle auch nach 6—12 Monaten noch nicht ausgeschlossen. Über die Zahl der rückfälligen Morphinisten macht Verf. keine bestimmten Angaben, nennt sie aber »eine unverhältnismäßig große«, gegenüber den Heilungen mit dauerndem Erfolge.

M. Cohn (Hamburg).

---

10. **P. Guttmann.** Über Antipyrin.

(Verein für innere Medicin am 14. Juli 1884.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 31.)

Bereits vor einiger Zeit hat G. Beobachtungen über das Antipyrin mitgetheilt, welche in vollem Einklang mit den Veröffentlichungen Filehne's u. A. stehen und die Wirkungen des neuen Arzneimittels als höchst günstig darstellen. Hier theilt nun G. neue Beobachtungen mit, an 60 Kranken gewonnen, welche unsere Kenntnis über das Antipyrin vortheilhaft ergänzen.

Das Antipyrin, welches nach Mittheilung seines Darstellers Dr. Knorr in Erlangen, seiner chemischen Konstitution wegen den Namen Dimethyloxychinicin führt, stellt ein weißliches Pulver dar, welches in Alkohol und Wasser äußerst leicht löslich ist; so lösen sich z. B. 7 g Antipyrin in 3 g erwärmtem Wasser und selbst bei Erkalten der Lösung fallen nur wenige Krystalle, erst nach langer Zeit, aus. Die große Löslichkeit erleichtert nicht nur die innere Anwendung, sondern auch im gegebenen Falle die hypodermatische Injektion. Der Geschmack des Antipyrin ist bei Weitem weniger intensiv bitter als der des Chinin und von nur kurzdauerndem Nachgeschmack begleitet.

Die Versuche, welche an hochfiebernden Pat. bei Typhus, Pneumonie, Phthisis, Morbilli, Diphtherie etc. angestellt sind, ergaben ausnahmslos, dass das Antipyrin, in Dosen von 4—5 g gegeben, eine sehr starke, mindestens 5—6 Stunden dauernde Herabsetzung der Temperatur bewirkt. Der Temperaturabfall ist ein kontinuirlicher; schon innerhalb der 1. Stunde fällt die Fiebertemperatur um 0,5°, sinkt weiter und weiter, um in der 3. bis 4. Stunde den tiefsten Stand zu erreichen; mindestens um $1^1/_2$°, meistens um 2, 3, ja selbst um 4° sinkt die Temperatur. Dann steigt die Temperatur wieder an, aber so langsam, dass meistens 4—5 Stunden, oft selbst 18 Stunden vergehen, ehe die ursprüngliche Fieberhöhe wieder erklommen ist. Während der Temperaturerniedrigung tritt starker Schweiß auf, aber die Temperatur steigt ohne Frostgefühl wieder an.

Gleichzeitig mit der sinkenden Temperatur sinkt die Pulsfrequenz und, wenn auch weniger markant, die Respirationsfrequenz.

Von Nebenwirkungen ist zu erwähnen, dass manchmal nach Verabreichung von Antipyrin, zumal in Kapseln oder Oblaten, Erbrechen eintritt, aber ohne dem Kranken besonderes Unbehagen zu verursachen.

Bei subkutaner Anwendung tritt die Wirkung des Antipyrin deutlich hervor.

Der Intermittens gegenüber gestaltet sich das Verhalten so, dass das Antipyrin nicht, wie das Chinin, eine specifische Wirkung entfaltet; wohl vermag es, die Temperatur des Intermittensanfalles herabzudrücken, aber die Intermittens in ihrer Ursache zu treffen, das vermag das Antipyrin nicht.

In der Diskussion bestätigt Tilmann, gestützt auf Versuche, welche auf der Leyden'schen Klinik gemacht wurden, im Großen und Ganzen die Erfolge G.'s, nur räth er zur Vorsicht bei der Anwendung von Antipyrin in Fällen, wo es sich um Phthisiker handelt, welche bereits Neigung zu starken Schweißen zeigen. Man thut gut, bei diesen Pat. mit ganz kleinen Dosen anzufangen und erst allmählich zu steigen. Die Frage, ob das Antipyrin die Salicylsäure ersetzen könne, beantwortet Tilmann dahin, dass Lenhartz das Antipyrin bei akutem Gelenkrheumatismus mit sehr gutem Erfolg angewandt hat; es schwand nicht nur das Fieber, sondern auch die Schmerzhaftigkeit und die Lokalerscheinung an den Gelenken. Sehr störende Nebenwirkungen hat Tilmann nicht gesehen. Dagegen schien die subkutane Anwendung, trotz der Erfolge Rank's, wegen anhaltender Schmerzhaftigkeit, nicht besonders empfehlenswerth.

Prior (Bonn).

---

11. **Alexander.** Zweiter Bericht über die Wirkungen und Nebenwirkungen des Antipyrin.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 14.)

A. berichtet über weitere 51 Fälle, die auf der Biermer'schen Klinik mit Antipyrin behandelt wurden. Wiederum ist es stets gelungen mit 2—6 g (selten 8—10 g, bei kleineren Kindern nur 0,2 bis 1,5) die Temperatur auf das normale — zuweilen auch ohne Collaps auf ein subnormales — Niveau herabzudrücken. Um das Erbrechen zu vermeiden, wurde Antipyrin in gleicher Dosis und mit vorzüglichem Erfolge per clysma gegeben. Eine specifische Wirkung auf irgend welche fieberhafte Erkrankung zeigte das Antipyrin auch dies Mal nicht, jedoch verliefen die mit diesem Mittel behandelten Typhusfälle meist sehr mild und in der Mehrzahl der so behandelten Fälle von akutem Gelenkrheumatismus trat neben der Entfieberung auch eine erhebliche Besserung der Gelenkaffektion ein. In einem Falle jedoch, wo der Rheumatismus, das Fieber etc. recidivirte, vermochte das Antipyrin — zum ersten Male — die Temperatur nicht zu erniedrigen. Es zeigte sich, dass sich zugleich eine Endocarditis mitralis entwickelte.

Bemerkenswerth ist ferner das Auftreten eines Exanthems bei Antipyringebrauch in einzelnen Fällen. Dieses Arzneiexanthem gleicht sehr einer Masernerupttion, nur bleibt das Gesicht frei und der Ausschlag verschwindet, selbst beim Fortgebrauch des Medikaments, ohne Abschuppung. Übrigens erscheint das Exanthem nur bei vereinzelten Personen nach mehr oder minder großen Dosen von Antipyrin, hat aber sonst gar keine unangenehmen Nebenwirkungen, bei einem Kranken folgte dem Antipyringebrauch jedes Mal eine Urticaria. Sonstige üble Wirkungen des Antipyrin sind in keinem Falle beobachtet worden.

Kayser (Breslau).

Kasuistische Mittheilungen.

12. **Julius Althaus.** The diagnostic value of Westphal's Symptom in some unusual forms of spinal diseases.

(Lancet 1884. II. p. 55.)

Das Fehlen des Patellarreflexes ermöglichte in einigen genauer mitgetheilten Fällen die Diagnose auf Tabes. In einem Falle war von verschiedenen vorragenden Ärzten »Gicht«, in einem anderen »Hypochondrie mit Verlust von Nervenkraft« diagnosticirt worden. Verf. theilt noch mehrere diagnostisch lehrreiche Fälle mit. Verlust des Kniephänomens ist in manchen Fällen das erste, in sehr vielen eines der ersten Symptome von Tabes.

Edinger (Frankfurt a/M.).

13. **Kast.** Über eitrige Perikarditis bei Tuberkulose der Lymphdrüsen.

(Virchow's Archiv Bd. XCVI. p. 489—501.)

C. D., Tagelöhner, 53 Jahre alt, aus gesunder Familie, litt seit April 1883 an stechenden Schmerzen neben dem Brustbein, Athemnoth und Herzklopfen. Bei seiner Aufnahme ins Spital am 17. Juni 1883 konstatirte man als Ursache seiner Beschwerden ein mächtiges Perikardialexsudat, kleinere Ergüsse in beide Pleurahöhlen, zeitweise schwaches pleuritisches oder perikardiales Reibegeräusch, remittirendes Fieber. Am. 31. Juni Punktion des Perikards, Entleerung des eiterigen Exsudates, dessen Untersuchung Unmassen von Tuberkelbacillen ergab. Unter zunehmender Herzschwäche, Hydrops, behinderter Athmung starb Pat. am 17. August 1883.

Die Sektion ergab beide Lungen mit älteren käsigen Herden und miliaren Eruptionen durchsetzt; Herzbeutel prall gespannt, in größter Ausdehnung vorliegend. Die Innenfläche desselben ist mit dicken Fibrinschwarten ausgekleidet, die sich jedoch als frei von Tuberkeleruptionen erwiesen. Mediastinaldrüsen vergrößert und käsig degenerirt mit centraler Erweichung. Eine an der Umschlagstelle des Herzbeutels, zwischen rechtem Herz und Aorta gelegene, vereiterte Drüse kommunicirt durch einen kleinen, unregelmäßig begrenzten Defekt mit der Höhle des Perikard.

Das Interesse des Falles liegt in dem Nachweis der Tuberkelbacillen im Exsudat eines nicht tuberkulös afficirten serösen Raumes und K. sieht hierin mit Recht ein wichtiges, differentielles Merkmal zwischen den »Durchbruchexsudaten«, in welchen sich bacillenführende Gewebstheile aus dem durchgebrochenen tuberkulösen Herde finden, und den häufigeren bacillenfreien Ergüssen, welche durch benachbarte tuberkulöse Entzündungsherde oder durch Miliartuberkulose der serösen Häute hervorgerufen werden. (Für die Pleurahöhle ist übrigens dieser Nachweis schon vor längerer Zeit von F. Müller geführt worden. Ref.)

Escherich (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, **einsenden.**

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 38. **Sonnabend, den 20. September.** **1884.**

1. J. **Arnold.** Weitere Beobachtungen über die Theilungsvorgänge an den Knochenmarkszellen und den weißen Blutkörpern.

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. Hft. 3. p. 107—131.)

Verf. bringt weitere Untersuchungen über die Theilungsvorgänge an den genannten Zellenarten; er hält an der früher gegebenen Eintheilung der Kerntheilungsvorgänge fest und unterscheidet demnach: direkte und indirekte Segmentirung und direkte und indirekte Fragmentirung (vgl. dieses Centralblatt). Die untersuchten Zellen des Knochenmarkes so wie die weißen Blutzellen, und analoge Gebilde in Milz und Lymphdrüsen können sich nach den Untersuchungen des Verf. nach dem Typus der direkten und indirekten Fragmentirung theilen; ob eine indirekte Segmentirung bei ihnen vorkommt, konnte mit Sicherheit noch nicht unterschieden werden. »Die Vermehrung der weißen Blutkörper geschieht wahrscheinlich hauptsächlich in der Milz, den Lymphdrüsen und im Knochenmark, außerdem aber auch noch in anderen Organen, vielleicht selbst im cirkulirenden Blute.«

Die indirekte Fragmentirung spielt bei der Theilung der genannten Zellenarten eine Hauptrolle, dieselbe kann entweder eine mehrfache sein (Entstehung mehrerer neuer Zellen) oder es kommen (an den kleinen Zellen des Knochenmarkes) nur Zweitheilungen vor, die im Wesentlichen nach dem gleichen Typus wie bei den mehrfachen Theilungen verlaufen. Verf. stellt 4 Phasen der nach diesem Typus sich vollziehenden Kerntheilungen auf. Die erste ist gekennzeichnet durch Zunahme der chromatischen Kernsubstanz, die in dichte Knäuelgerüste und Netze angeordnet ist. (Diese Phase lässt sich sehr wohl in das Flemming'sche Schema der indirekten Kerntheilung einreihen. Ref.) Die zweite Phase wird durch eine von der Kernperipherie und zwischen den chromatischen Fadenschlingen beginnende Einfurchung der Kernwandschicht eingeleitet; gleichzeitig findet in sehr vielen Fällen eine so beträchtliche Zunahme der an der Kernoberfläche diffus vertheilten chromatischen Substanz statt, dass die chromatischen Fäden undeutlich werden. Auf diese Weise entstehen gelappte, knäuel- und netzförmige sehr komplicirte Kernfiguren. In der dritten Phase zieht sich die chromatische Substanz nach verschiedenen Punkten zurück. Dadurch entstehen dunkel gefärbte kernähnliche Gebilde, welche durch heller oder nicht gefärbte Zwischenstücke zusammenhängen. Durch den Schwund der letzteren werden die ersteren zu selbständigen jungen Kernen. In der vierten Phase kommt es zur Abschnürung des Protoplasma entweder endogen im Leib der Riesenzelle oder wandständig an diesen oder aber in der ganzen Ausdehnung desselben. (Es muss hervorgehoben werden, dass die indirekte Fragmentirung bis jetzt nur an wenigen Zellenarten vom Verf. und seinen Schülern konstatirt wurde, worauf übrigens der Verf. selbst hinweist. Ref.)

Auch im leukämischen Blute fand Verf. zahlreiche Kerntheilungsfiguren an den weißen Blutkörpern, auch hier lassen sich einzelne in das Schema der indirekten Kerntheilung (Flemming, indirekte Segmentirung Arnold) einreihen, die meisten und zwar die »polymorphen« oder multinukleären Zellen werden jedoch vom Verf. als dem Typus der indirekten Fragmentirung angehörig angesehen.

Ein großer Theil der Arbeit des Verf. ist einer eingehenden und sachlichen Besprechung der Anschauung des Ref. (vgl. dieses Centralblatt 1884 No. 11) gewidmet, wonach gerade die polymorphen und vielkernigen weißen Blutzellen in einer degenerativen Theilung begriffen sind. Verf. schließt sich auf Grund seiner Befunde dieser Anschauung nicht an; er glaubt wohl, dass ein Zellzerfall in einzelnen Zellen erfolgen könne. Eine Reihe der gefundenen Theilungsstadien lässt vielmehr den Verf. daran festhalten, dass auch diese Theilungsart zu einer Neubildung von Zellen führen könne. Auch mit der vom Ref. gegebenen Auffassung der hämoglobinfreien Vorstufen der rothen Blutkörperchen, erklärt sich Verf. nicht vollständig einverstanden, wenn er auch die Gegenwart solcher Gebilde nicht leugnet. Verf. glaubt aber, »dass wir nach dem jetzigen Stande unseres Wissens vorerst genöthigt sind, alle im normalen Blute cirkulirenden kernhaltigen

Zellen, welche im lebenden Zustande kein Hämoglobin führen, als weiße Blutkörper, bezw. deren Derivate zu bezeichnen«. (Das kann im großen Ganzen auch der Ref. zugeben, die sog. hämoglobinfreien Vorstufen der rothen Blutkörperchen finden sich aber im cirkulirenden Blute nur unter ganz besonderen Umständen, in der Regel sind sie daselbst gar nicht aufzufinden. Ref.) **Löwit** (Prag).

---

2. **Regnauld.** Sur les caractères différentiels du chloroforme et du chlorure de méthylène.

(Progr. méd. 1884. No. 13.)

Unmöglich kann sich Spencer Wells des im Titel genannten Arzneikörpers, den er als Narkotikum dem Chloroform weitaus vorzieht, zur Anästhesirung seiner Pat. bedient haben; denn nach den experimentellen Untersuchungen R.'s (an Hunden) ist das echte Methylenchlorür (CH_2Cl_2) ein heftiges Gift, welches eingeathmet nach 5 Minuten nicht nur keine Anästhesie, sondern Kontrakturen und choreaartige Krämpfe bewirkt. Diese bedrohlichen Erscheinungen hielten noch $^1/_2$ Stunde lang nach der Cessation der Einathmung an, und oft bedurfte es der Elektricität, um die Thiere wieder zu beleben. Höchst wahrscheinlich ist das Anästheticum des englischen Chirurgen ein aus einer Mischung von Chloroform und Methylalkohol bestehendes Pseudochlorür des Methylens. **Fürbringer** (Jena).

---

3. **Wolffberg** (Bonn). Zur Ätiologie der Trichorrhexis nodosa.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 31.)

Im Gegensatz zu Eichhorst, dem neuesten Bearbeiter dieser Haarerkrankung, glaubt W. beweisen zu können, dass die Ursache der Trichorrhexis einzig und allein in einer mechanischen Misshandlung des Haares beruhe. W. hatte nämlich schon vor Jahren dieses Symptomenbild bei sich selbst beobachtet und die Erscheinungen an den nachwachsenden Haaren zu verhüten gewusst. Die Veröffentlichung von Eichhorst forderte zu neuen Versuchen und Beobachtungen auf und in der That konnte W. an sich selbst — und zwar des Vergleiches wegen nur an einer Backenbartseite — durch wiederholte Misshandlung dickerer, markhaltiger Barthaare, z. B. durch stärkeres Reiben beim Abtrocknen des Gesichtes nach dem Waschen etc. die »Krankheit« hervorrufen und demonstriren.

Die Gründe, welche W. veranlassen, die mechanische Misshandlung als alleinige Ursache der Trichorrhexis zu betrachten, sind folgende.

1) Der anatomische Befund. Das Haar verhält sich außerhalb des Knötchens wie ein gesundes. Die mikroskopischen Präparate

zeigen, wie Ref. bezeugen kann, eine vollkommene Übereinstimmung mit den Abbildungen von Eichhorst.

2) Die Lokalisation. Die Trichorrhexis wurde bisher nur an den markhaltigen Barthaaren beobachtet; denn es leuchtet ein, dass die Bildung runder Knötchen leichter an solchen Haaren möglich ist, welche einen cylindrischen Inhalt, das Markrohr haben. Es ist ferner charakteristisch, dass die Affektion vorzüglich an solchen Theilen des Bartes sich findet, welche wegen der festen Unterlage (Kiefer) eine Misshandlung durch Reiben leichter ermöglichen.

3) Die bisherigen Erklärungsversuche sind unzureichend.

4) Die bisher angenommene Unheilbarkeit der Trichorrhexis erklärt sich sehr leicht, wenn man erwägt, dass die Versuche der Heilung in Einreibungen mit spirituösen Flüssigkeiten, reizender Salben bestanden, also stets von Neuem als mechanische Insulte wirkten.

Prior (Bonn).

---

4. C. Bareggi. Segno diagnostico differenziale estemporaneo tra le papule e pustule variolose e le varicellose etc.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 33.)

B. entnahm variolösen Papeln oder Pusteln durch Einstich mit einer Lanzette ein wenig ihres flüssigen Inhalts und machte davon ein Trockenpräparat in der gewöhnlichen Weise, das er mit Methylenblau färbte. Unter dem Mikroskop zeigte es sich vollständig angefüllt mit Kokken gleich denen von Klebs als charakteristisch für die Variola beschriebenen. Solche Mikroben konnte B. niemals in irgend welchen Papeln oder Pusteln anderer Herkunft auffinden. Auch die Varicellen waren völlig frei davon. B. hält diesen Befund einerseits für wichtig zur Entscheidung des Verhältnisses von Variola und Varicellen, andererseits für werthvoll als diagnostisches Merkmal.

Kayser (Breslau).

---

5. Jaworski. Über Anwendung der Gase für therapeutische und diagnostische Zwecke bei Magenkrankheiten.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXV. p. 79.)

Die günstigen Wirkungen der Kohlensäure auf die Magenschleimhaut wie Vermehrung der Sekretion, subjektives Wärmegefühl, Euphorie veranlassten den Verf., das reine Gas ohne gleichzeitige störende Wasserzufuhr auf die Magenschleimhaut einwirken zu lassen. Durch eine Sonde à double courant wird mittels einer Aspirationsflasche ein kontinuirlicher Strom von CO_2 durch den Magen geleitet, dessen Quelle am besten ein Syphon darstellt. Je nach der individuell sehr verschiedenen Reizbarkeit des Pat. kann dies wenige Minuten bis $^1/_2$ Stunde, meist 10—15 Minuten währen. Therapeutisch ist die Magengasdusche angezeigt in den Fällen, in welchen mangelhafte Sekretion des Magensaftes und daraus resultirende Veränderungen,

Schmerzen oder unangenehme Sensationen in der Magengegend vorhanden.

J. versuchte auch die Magenkapacität so wie die vitale Kontraktilität und Dehnbarkeit der Magenwandung mittels eines Gasvolumeters zu bestimmen. Der Apparat besteht aus einer gewöhnlichen, mit einer Wulf'schen Flasche in luftdichte Verbindung gesetzten Sonde. In die erstere strömt aus einem höher stehenden Gefäße Wasser ein und setzt die darin befindliche Luft unter den am Wassermanometer abzulesenden Druck von 17—19 cm. J. lässt unter diesem Drucke die Luft so lange in den Magen einströmen, bis Schmerz im Hypochondrium und Gefühl des »Überladenseins« eintritt, welche nach seiner Auffassung die Überwindung der vitalen Kontraktilität des Magens durch den Gasdruck anzeigen. Das Nähere über die Berechnung der Kapacität aus dem eingeströmten Gasvolumen, der vitalen Magenkontraktilität und Dehnbarkeit aus dem angewandten Gasdruck ist im Original einzusehen. Verf. hat bis jetzt nur an 4 Personen Untersuchungen angestellt. Sollte die Methode sich wirklich zur Untersuchung dieser Verhältnisse bei Gastrektasie, Atonie der Magenmuskulatur u. a. m. als brauchbar erweisen, so dürften bei der großen individuellen Verschiedenheit der in Betracht kommenden Faktoren die Resultate jedenfalls erst auf Grund einer großen Reihe von physiologischen und klinischen Beobachtungen verwerthbar erscheinen.

Escherich (Würzburg).

---

6. **Leyden.** Über die Sklerose der Coronararterien und die davon abhängigen Krankheitszustände.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VII.)

Seitdem man einen tieferen Einblick gethan hat in den Zusammenhang gewisser pathologischer Veränderungen des Herzfleisches mit den Erkrankungen der zuführenden Gefäße, hat die Sklerose der Coronararterien die Aufmerksamkeit nicht nur der Anatomen, sondern auch der Kliniker in erhöhtem Grade in Anspruch genommen, und auch die experimentelle Pathologie hat sich eingehend mit dem Einfluss der Verschließung dieser Schlagadern auf die Thätigkeit des Herzens beschäftigt. So fand Samuelson, dass der Verschluss der Coronararterien eine erhebliche Verminderung der Herzkontraktionen mit entsprechendem Sinken des Blutdrucks hervorruft, während Cohnheim und Schulthess-Rechberg die Beobachtung machten, dass nach einem vorhergehenden Unregelmäßigwerden des Pulses das noch kräftig schlagende Herz plötzlich still steht. Beide Befunde spiegeln sich in gewissen klinischen Vorkommnissen wieder.

Was nun die Klinik dieser Krankheitsprocesse anlangt, so ist sie noch sehr im Werden begriffen, und wir müssen es desshalb L. Dank wissen, dass er auf Grund seiner reichen Erfahrungen die Aufgabe in Angriff genommen hat, ein scharf abgerundetes Krankheitsbild zu entwerfen.

Die pathologische Anatomie fasst L. in folgende Fälle zusammen:

1) Sklerose resp. Verknöcherung der Coronararterien ohne sonstige Veränderungen am Herzen. Der Muskel leidet gar nicht, der Tod tritt durch eine intercurrente Krankheit ein.

2) Akute thrombotische Erweichung oder hämorrhagische Infarktbildung im Herzfleische in Folge von sklerotischer Thrombose der Kranzarterie — Myomalacia cordis von Ziegler. Diese führt später entweder zur fettigen Degeneration im verstopften Gefäßgebiete oder zur Erweichung, der häufigsten Ursache der Ruptura cordis.

3) Die chronische Form, die fibröse Degeneration des Herzfleisches, Myocarditis fibrosa, entstanden durch Schwielenbildung in dem befallenen Gefäßgebiet. An der Herzspitze entsteht dadurch häufig das Aneurysma cordis.

4) Kombinationen der vorgenannten Formen, wohl das häufigste Vorkommnis.

Klinisch wiederholen sich die vorgenannten Formen in dem mehr oder minder akuten oder mehr chronischen Verlauf. L. unterscheidet desshalb:

1) Fälle mit akutem Verlauf, plötzliche Todesfälle. Der Tod erfolgt unter dem Bilde einer Ohnmacht, oder nach einem Anfalle von Angina pectoris. Die Autopsie ergiebt zuweilen sehr auffällige, zuweilen nur geringfügige anatomische Veränderungen am Herzen: Herzruptur, blutige Infiltration mit Bluterguss ins Perikard, Erweichung oder auch nur kleine Herde von fettiger Entartung oder leichter Erweichung des Herzfleisches. An diese Fälle reihen sich die in der Litteratur als Embolie der Coronararterien berichteten Fälle an, hier ist das Symptom der Pulsverlangsamung (Samuelson) häufig sehr ausgesprochen, oder es tritt plötzliche Herzlähmung ein (Cohnheim).

2) Fälle mit subakutem Verlauf, dadurch ausgezeichnet, dass der schwere Krankheitsverlauf eine Reihe von Wochen umfasst. Es treten Vorläufer auf, bestehend in Husten, Kurzathmigkeit, Beengung, häufig deutlichen Anfällen von Angina pectoris, zuweilen selbst Hydrops. Es tritt vorübergehende Besserung ein, dann treten plötzlich wieder schwere Symptome ein, die nun zum Tode führen. Anatomisch findet man dann Myomalacie, blutige Infiltration, fettige Degeneration und ältere fibröse Züge.

3) Die chronischen Fälle, gewöhnlich als chronische Myokarditis, fibröse Myokarditis, als Dilatation oder Aneurysmen des Herzens beschrieben. Bei Personen im vorgeschrittenen Alter entwickeln sich langsam Herzsymptome, die zeitweise verschwinden. Es zeigen sich Anfälle von Angina pectoris oder kardialem Asthma. Der Verlauf ist fast immer progressiv; indem die Symptome sich steigern, bietet der Pat. das Bild schwerer Herzkrankheiten dar, und unter Steigerung der asthmatischen Beschwerden, unter Hinzutritt von

Hydrops, zuletzt nicht selten unter Delirien, zuweilen auch in einem plötzlichen Anfalle, tritt nach meistens mehrjährigem Verlaufe der Exitus letalis ein.

Das gesammte Krankheitsbild der Sklerose der Kranzarterien stellt sich also dar als eine bald akut bald chronisch, mit mehr oder weniger heftigen Erscheinungen einhergehende Herzkrankheit, welche unabhängig von Klappenfehlern im vorgerückten Lebensalter sich entwickelt, einen progressiven Charakter zeigt und zu einer verminderten Leistungsfähigkeit des Herzens führt. Die Herzsymptome stehen also, trotzdem auch sonst die Erscheinungen der Arteriosklerose sich geltend machen, im Vordergrunde und zwar nicht sowohl die physikalischen, als die vitalen (physiologischen) Symptome. So finden wir: Angina pectoris, asthmatische Anfälle, Herzschwäche, Ohnmachten, Veränderung der Herzthätigkeit nach Frequenz und Rhythmus, wobei in einzelnen Fällen eine erhebliche Verlangsamung der Schlagfolge — bis zu 8 in der Minute — ein sehr hervorstechendes Krankheitssymptom bildet. Physikalisch finden wir die Zeichen einer Erweiterung des linken Ventrikels bei geringer Leistungsfähigkeit, während der rechte sich meist hypertrophisch zeigt. Der Respirationsapparat betheiligt sich an dem Gesammtbilde durch Husten, Athemnoth, Stauungskatarrh und gelegentlich Anfälle von Lungenödem.

Zu den wichtigsten Ursachen der Arteriosklerose gehört die Erblichkeit, obgleich Missbrauch alkoholischer Getränke und üppige Lebensweise eine gewisse Rolle spielen. Eben so sind körperliche und geistige Anstrengungen zu nennen. Der populären Vorstellung, dass in Folge von Gram und Aufregung »das Herz bricht«, will L. auch eine gewisse pathologische Bedeutung vindiciren.

Unverricht (Breslau).

---

7. v. **Basch** (Marienbad). Zur Terminologie des Pulses und Technik des Pulsfühlens.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 26.)

Die verschiedenen Pulsqualitäten sind bei der Digitaluntersuchung nur zum Theil mit Sicherheit festzustellen. Die Größe des Pulses ist der Beurtheilung zugängig; unsicher aber sind wir schon bei der Beurtheilung der Entwicklung der Pulserhebung, dasselbe gilt für die Beurtheilung der Resistenz des Pulses. Der Grad der Unterdrückbarkeit des Pulses ist zwar im Wesentlichen durch die Blutspannung bedingt, doch ist es nicht richtig, dass ein harter, d. i. schwer unterdrückbarer Puls zugleich eine hohe Arterienspannung und ein weicher, d. i. leicht unterdrückbarer Puls eine niedere Arterienspannung bedeutet. Der ausgeübte Fingerdruck giebt Aufschluss über die Größe eines Produktes, der Blutspannung und der gedrückten Fläche. Jede Flächenverringerung muss eine leichtere Unterdrückbarkeit, jede Flächenvergrößerung eine schwerere Unterdrückbarkeit zur Folge

haben. Es sind in Folge dessen die Ausdrücke, die heut zu Tage für die alten früher gebräuchlichen angewendet werden, normal, mäßig, übermäßig gespannt bei Anwendung der Digitalprüfung nicht als berechtigte anzusehen. Die mittels des Sphygmomanometers angestellten Messungen lehrten, dass die Fälle, in denen nach der Digitalmethode eine niedrige Spannung zu erwarten war und mittels des Sphygmomanometers eine hohe konstatirt wurde und umgekehrt, nicht selten sind. Es dürfte sich also empfehlen, wieder die alten Ausdrücke von der Unterdrückbarkeit, von der Resistenz des Pulses anzuwenden.

Wenn wir mit der Digitalmethode analog der Prüfung durch den Sphygmographen und den Sphygmomanometer vorgehen wollen, so ergiebt sich, dass wir in ersterem Falle besser mit mehreren Fingern den Puls fühlen, in letzterem Falle aber stets mit demselben Finger. stets in gleicher Weise auf die Arterie drücken.

Was den Einfluss der Arterienwandbeschaffenheit auf das Resistenzgefühl anbelangt, so beeinflusst zwar die Rigidität der Arterienwand die Pulsunterdrückbarkeit, doch ist der Einfluss nicht bedeutend, da eine Messung der Wandstarre stark atheromatöser Arterien nur einen Maximalwerth von 5 mm Hg ergeben hat.

Leubuscher (Breslau).

---

8. C. Giraudeau. Des Infarctus musculaires.

(Revue de méd. 1884. No. 6.)

Von der vorliegenden ziemlich seltenen Affektion hat Verf. drei Fälle beobachtet, die sehr viel Übereinstimmendes boten. Es handelte sich stets um sehr herabgekommene Individuen mit alten Vitia cordis und starken Insufficienzerscheinungen des Herzmuskels, hochgradiger atheromatöser Degeneration der Arterien. Die Infarkte traten im Sartorius, Pectoralis major, Vastus externus auf, und hatten genau das Aussehen der allgemein bekannten Infarkte von Niere und Milz. Während in letzteren Organen der Verschluss einer Arterie zum Zustandekommen des Infarktes genügt, ist dies beim Muskel in Folge seines starken Gefäßreichthums und seiner vielen Anastomosen nicht der Fall. Experimentell konnte G. im Gegensatz zu Feltz, der Muskelinfarkte bei Injektion feinkörniger Gemenge in die Gefäße bei verschiedenen Thieren erhielt, diese Affektion nicht hervorrufen. G. nimmt an, dass zum Zustandekommen des Muskelinfarktes neben dem Gefäßverschluss auch eine mangelhafte, durch atheromatöse Degeneration hervorgerufene Elasticität der Gefäße und auch eine Erkrankung des Herzens selbst nothwendig sei. Durch diese beiden Umstände werden die Muskeln anämisch, schlecht ernährt und verfallen bei einem nun noch hinzutretenden plötzlichen Arterienverschluss leicht der Nekrose.

E. Stadelmann (Königsberg).

---

9. Charcot. Paralysie agitante ou maladie de Parkinson. (Hospice de la Salpêtrière.)

(Gaz. des hôpitaux 1884. No. 64.)

C. zieht die Bezeichnung Parkinson'sche Krankheit für die in Rede stehende Affektion vor, weil es Fälle giebt, in denen das Zittern ganz oder fast ganz fehlt, und in denen man desshalb doch füglich nicht von einer Paralysis agitans sprechen kann. Das Krankheitsbild dieser Neurose, für welche eine anatomische Grundlage bisher nicht gefunden worden ist, setzt sich aus 2 Elementen zusammen, die in verschiedenem Grade bei verschiedenen Pat. vorherrschen und dadurch äußerlich sehr verschiedene Erscheinungsformen der Krankheit bedingen. Diese Elemente sind: 1) Eine besondere Form von Muskelsteifigkeit, 2) das Zittern. Bei einer Pat., die C. vorstellt, ist das Krankheitsbild beherrscht durch die Muskelsteifigkeit. Die Kranke sitzt unbeweglich wie eine Bildsäule; die Halsmuskeln sind kontrahirt, das Gesicht starr nach vorn gewendet, die Gesichtszüge sind unbeweglich, der Lidschlag ist langsam, die Schluckbewegungen sind erschwert, und da der Speichel in normaler Menge secernirt, aber nicht mit normaler Geschwindigkeit herabgeschluckt wird, so fließt er oft aus dem Munde ab. Die Gelenke der oberen Extremität befinden sich in halber Beugung, die Muskeln sind steif, durch das Überwiegen der Rigidität in der Flexorengruppe sind die Finger halb gebeugt gegen den Metacarpus. Die unteren Extremitäten zeigen ebenfalls eine abnorme Steifigkeit, die von der bei Seitenstrangsklerose beobachteten dadurch leicht zu unterscheiden ist, dass bei Parkinson'scher Krankheit die Reflexe sich durchaus normal verhalten, während sie in letzterem Falle abnorm gesteigert sind. Die von C. vorgestellte Kranke steht mit etwas nach vorn gebeugtem Kopf, den Rumpf gegen das Becken geneigt, die oberen und unteren Extremitäten halbflektirt, die Hände gegen Brust oder Bauch gelegt mit wahrhaft hölzerner Steifigkeit da. Lässt man sie gehen, so geschehen die ersten Schritte langsam und schwerfällig, bald aber beschleunigt sich der Schritt und die Kranke kommt, wie ein aufgezogener Automat, in immer schnelleren Lauf, in welchem man sie aufhalten muss, wenn man sie nicht gegen das erste beste Hindernis anstürmen lassen will; merkwürdigerweise genügt ein leichter Zug an ihrem Kleide nach hinten hin, um dieses Stürmen in ein eben so geschwindes Rückwärtslaufen zu verwandeln. Das Umwenden fällt der Kranken schwer und geschieht in großem Bogen. Das Zittern betrifft meist nur die Extremitäten und hier nur die Finger resp. Zehen, die sich alle zu gleicher Zeit in schneller Aufeinanderfolge beugen und strecken; nur der Daumen ist von den übrigen Fingern unabhängig. Im Schlaf hört das Zittern auf, bei beabsichtigten Bewegungen wird es nicht verstärkt (im Gegensatz zu Chorea), ja bei manchen Personen sogar durch den Willen unterdrückt. Heftige Schmerzen sind bei der Parkinson'schen Krankheit nicht vorhanden; die Pat. klagen nur über Unbehagen und stets

über Hitze, bei normaler Eigenwärme. Die Affektion betrifft etwas häufiger Männer als Weiber, meist im Alter zwischen 40 und 60 Jahren. Die Ätiologie führt gewöhnlich auf einen heftigen Schreck zurück bei gegebener neuropathischer Prädisposition; auch Gelenkrheumatismus soll eine Prädisposition schaffen. Die psychischen Funktionen bleiben dabei vollkommen intakt. Der Verlauf der Affektion ist progressiv und durch die Therapie in keiner Weise zu beeinflussen.

G. Kempner (Berlin).

---

10. **W. Hale White.** On Charcot's joint disease.

(Lancet 1884. II. p. 50.)

Die englischen Ärzte verhalten sich, wie dreimalige Verhandlungen in Gesellschaften während der letzten Monate gezeigt, noch recht skeptisch gegen die von Charcot beschriebene Gelenkerkrankung der Tabiker. Namentlich die »rheumatoit arthritis« soll nicht scharf von ihr abzugrenzen sein.

Der vorliegende Aufsatz ist ein wesentlich kritischer. Verf. kommt zu dem Resultate, dass die betreffenden Veränderungen von der Osteoporose, welche oft bei alten Bettlägerigen auftrete, nicht immer zu unterscheiden seien, dass auch andere Gelenkaffektionen bei Tabikern eintretend das Bild erzeugen könnten, kurz dass noch bislang nichts zwinge, die Charcot'sche Krankheit als eine von den bislang bekannten verschiedene anzusehen. Er schließt: Weitere Beobachtung mag zeigen, dass Charcot's Krankheit speciell mit Tabes associirt ist; mein Zweck war nur der, zu zeigen, dass dies noch nicht vollkommen bewiesen ist und Argumente dagegen vorzubringen. Dann wollte ich zeigen, dass, während einige Fälle, wie andere nervöse Arthropathien, durch die Störung irgend eines trophischen Einflusses entstehen mögen, eine große Zahl der als specielle Erkrankung veröffentlichten Fälle gewöhnliche und wohlbekannte Formen der Arthritis sind, vielleicht etwas modificirt durch die Verhältnisse des Kranken.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

11. **Philip H. Kidd.** Charcot's joint disease.

(Lancet 1884. II. p. 53.)

Kasuistische Mittheilung von Charcot'scher Gelenkerkrankung bei einem Tabiker. Die Affektion des linken Hüftgelenkes scheint hier eines der ersten Symptome der Tabes gewesen zu sein.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

12. **A. Harkin.** Some observations on the spinal cord in health and disease at the region of the fourth and fifth dorsal vertebrae.

(Lancet 1884. II. p. 56.)

Wieder einmal die oft erörterte Frage von der Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze. Verf. hat bei zahlreichen gesunden Erwach-

senen jedes Alters und Geschlechtes den 4. und 5. Dornfortsatz der Brustwirbelsäule empfindlich auf Druck gefunden. Viele Krankheiten, Trigeminus-Neuralgie, Facialislähmung, »akute Hysterie«, Dysmenorrhöe, Reflexerbrechen, neuralgischer Zahnschmerz u. v. A. wurden von ihm durch Applikation von Blasenpflaster auf die genannte Stelle dauernd geheilt. Auch der Pruritus pudendi der Graviden befindet sich unter der langen Liste. Verf. erinnert zur Erklärung dieser merkwürdigen Angaben an einen Versuch von Brown-Séquard, der mit einem Topfen Chloroform, der auf den Hals eines Meerschweinchens fällt, das ganze Thier anästhetisch macht.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

13. **A. Fournier.** Syphilis héréditaire tardive. Accidents cérébraux.

(Union méd. 1884. No. 62, 63, 65, 69, 76, 79, 84, 87.)

F. ist der Ansicht, dass die hereditäre Syphilis auch noch im vorgeschrittenen Kindes- resp. Jünglingsalter häufig cerebrale Affektionen hervorruft, die dann fälschlich einer einfachen Meningitis, einer Epilepsie etc. zugeschrieben werden. Eine erschöpfende Darstellung der »Syphilis héréditaire tardive cérébrale« kann noch nicht gegeben werden, dazu sind die Erfahrungen noch zu gering, doch Folgendes lässt sich bisher darüber sagen.

Die Hirnerscheinungen, die bei hereditärer Lues vorkommen können, sind dieselben, wie bei erworbener. Der Beginn der Krankheit ist höchst polymorph, das Endstadium dagegen bietet ein durchaus einheitliches Bild. Häufig eröffnen die Krankheit epileptische Anfälle, meistens wohl ausgebildeter Natur, seltener in Form des petit mal; dieselben sind mitunter ganz unkomplicirt, bei Weitem häufiger aber verbunden mit Kopfschmerz, Schwindel und Ohrensaußen, mit Veränderungen des Charakters, mit Veränderungen der Intelligenz. Im weiteren Verlauf tritt die Epilepsie zurück, — in vereinzelten Fällen bleibt sie jedoch Jahre hindurch das einzige Symptom — die Begleiterscheinungen steigern sich, es kommt zu hochgradigen Intelligenzdefekten, dazu treten motorische Lähmungen, häufig in Form der Hemiplegie, die Kinder enden als total gelähmte Idioten. Eine antisyphilitische Behandlung macht »Alles oder Nichts«, je nach der Zeit, in der sie einsetzt. F. verlangt daher dringend bei allen derartigen Fällen von »Pseudoepilepsie« frühzeitig am Körper des Kindes, in seiner Anamnese, in der seiner Eltern und Geschwister nach Symptomen von Lues zu forschen. Noch häufiger, als die Epilepsie, bildet den Beginn der hereditären Hirnsyphilis eine Cephalalgie, die meist den ganzen Kopf einnimmt und sich besonders in drückenden Schmerzen äußert. Charakteristisch sind nächtliche Exacerbationen und die lange Dauer; bezüglich des weiteren Verlaufs und der Therapie trifft hier dasselbe zu, was für die ersterwähnte Form gilt. Mitunter auch treten zuerst die psychischen Symptome auf, in Gestalt

moralischer und intellektueller Schwäche, häufig ganz nach Art der Prodrome der tuberkulösen Meningitis. Auch sie können längere Zeit isolirt bleiben, bei Weitem häufiger aber kombiniren sie sich alsbald mit den übrigen Erscheinungen, so dass auch hier dann wieder das gleiche Krankheitsbild erscheint. Zu den Initialerscheinungen gehören auch Lähmungen der Augennerven, besonders des Abducens und des Oculomotorius, bei letzterem meist nur einzelner Muskeläste.

Zu den motorischen Lähmungen und der psychischen Degeneration, die, wie schon erwähnt, die späteren Stadien der Krankheit beherrschen, treten noch sensorielle Störungen, Amblyopie, Taubheit; ferner Aphasie, Kontrakturen, endlich Koma. Der Verlauf der Krankheit ist bald schneller, nach Art einer tuberkulösen Meningitis, bald langsamer, nach Art eines Hirntumors. In letzteren Fällen ist die Differentialdiagnose sehr schwierig, oft nur durch Anamnese und Therapie zu stellen; gegenüber der tuberkulösen Meningitis charakterisiren unsere Krankheit die Abwesenheit des Fiebers, der Einziehung des Leibes, der eigenthümlichen Pulsbeschaffenheit.

Strassmann (Berlin).

---

14. **Barthélemy.** Über Syphilis hereditaria tarda. (Nach Fournier's Vorlesungen.)

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 5.)

Die im Titel genannte Affektion, deren Auftreten Fournier noch im 28. Lebensjahre beobachtet, ist ungleich häufiger (zumal zwischen dem 10. und 12. Jahre) als man gemeinhin annimmt. Es gelten die der Krankheit verfallenen Kinder fast durchweg als skrofulös, ohne dass die entsprechende Therapie sich irgend fruchtbringend gestaltete; vom Moment einer rationellen antisyphilitischen Behandlung indess tritt rapide und meist vollkommene Heilung ein. Die Diagnose solcher Zustände ist also von eminenter Wichtigkeit. Ganz abgesehen von der Anamnese und dem Zustande der Eltern kommt neben dem Infantilismus, Deformitäten des Schädeldachs, Knochenläsionen (Caries, Osteophyten), Arthropathien etc. die »Triade« von Hutchinson ganz wesentlich in Betracht, d. s. 1) die Zahnsyphilis (Erosion, Amorphität, Mikrodontismus etc.), 2) die, häufig mit Iritis gepaarte Keratitis interstit. prof. mit ihren Konsequenzen (Leukom etc.), von Fournier bei 112 Hereditär-Syphilitischen 52mal gefunden ($^2/_3$ aller Fälle dieser Keratitis sind syphilitischen Ursprungs) und 3) die weniger häufigen Gehörstörungen und zwar die primäre Otitis med. suppurat. mit Trommelfellperforation in den ersten Lebensjahren und die besonders zwischen dem 10. und 16. Jahre auftretende ohne Otitis verlaufende unheilbare erbliche Taubheit, die ihren Ursprung einer Läsion jenseits der Paukenhöhle verdankt.

Fürbringer (Jena).

---

15. **Schulz.** Die Behandlung des Typhus abdominalis mit Kairin.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV. p. 169—190.)

Nach einer ausführlichen Litteraturzusammenstellung theilt Verf. seine Erfahrung über die Wirkung des Kairin bei 21 damit behandelten Typhusfällen im herzoglichen Krankenhaus zu Braunschweig mit. Dieselben sind (in Übereinstimmung mit den Beobachtungen auf hiesiger Klinik, Ref.) durchaus ungünstige, in so fern es zwar gelang mittels der starken, temperaturherabsetzenden Wirkung Entfieberung herbeizuführen und durch einige Zeit festzuhalten, jedoch nicht die abendlichen Exacerbationen, so wie die üblen Nebenwirkungen, Fröste, Schweiß und Collaps zu vermeiden. Todesfall ist nicht zu verzeichnen. Den cyklischen Krankheitsverlauf fand er nicht nur nicht verkürzt, sondern verlängert und von zahlreichen und schweren Recidiven gefolgt, so dass er vermuthet, die durch Kairin erzielten niederen Temperaturen könnten geradezu dem Naturheilprocesse und der Zerstörung der Bacillen entgegenwirken. Angesichts solcher Ergebnisse ist es nicht zu bedauern, dass die Kairinbehandlung nicht allzu energisch durchgeführt, Nachts ausgesetzt, die Menge von 8,5 g im Tage niemals überschritten wurde. Hervorzuheben wäre noch, dass S. mit Hoffer eine schon nach kurzer Zeit eintretende Accommodation an das Mittel so wie mit Filehne eine intensivere Wirkung auf schwächliche Personen beobachtet haben will.

Des Weiteren theilt S. einen interessanten (nicht mit Kairin behandelten) Fall von Typhus abdominalis mit nachfolgender symmetrischer Gangrän mit.

Eine 25jährige kräftige Primipara wurde wegen eines schweren Typhus ins Spital aufgenommen, abortirt im 7. Monat. In der vierten Krankheitswoche bilden sich bei sonst normalem Krankheitsverlauf (kein Decubitus, keine Thrombosen) unter Parästhesien und kaum verminderter Sensibilität an genau symmetrischen Stellen der Unterschenkel, Arme und Brust blauschwarz verfärbte Flecke von Zehnpfennigstückgröße. Einige derselben bildeten sich zurück, an den meisten stieß sich die Haut bis zum Fettgewebe brandig ab. Es bildeten sich üppige Granulationen und Vernarbung.

Escherich (Würzburg).

---

16. **Benda.** Kurze Mittheilung über die bisherigen Versuche mit Paraldehyd in Stephansfeld.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 12.)

Paraldehyd wurde bei 34 Geisteskranken, die an Schlaflosigkeit litten, darunter 12 Männer, als Hypnoticum benutzt; die Dosis variirte von 2,0—8,0. Von den 12 Männern bekamen 4 ruhigeren Schlaf, davon 2 Maniaci, 1 mit chronischer Paranöa, 1 mit cirkulärem Irresein. Auch noch bei einem Fünften (sehr unruhig Verrückten) trat durch 6,0 ruhiger Schlaf ein, die Psychose selbst blieb unverändert.

2 Tage ausgesetzt war, erhielt er wegen einer erneuten Endokarditis am 10. Dec. abermals Acid. salicyl., im Ganzen 6,5 g in Halbgrammdosen. Am Abend desselben Tages heftiger Schüttelfrost, Temperatursteigerung bis auf 40,2°, Durst und Hitzegefühl; im Laufe des nächsten Tages rapide Entfieberung und Schwinden aller subjektiven Beschwerden. Gleichzeitig damit, dem Schüttelfrost etwas vorausgehend und der Entfieberung nachfolgend wurde ein ausgebreitetes, am Rumpf scharlachartig konfluirendes, an den Extremitäten großfleckiges Exanthem, Hyperämie der Conjunctiva und Nasenschleimhaut beobachtet.

Die weitere Behandlung bestand in Bepinselung der schmerzenden Gelenke mit Jodtinktur und lauen Bädern, unter der Pat. sich langsam erholte. Während dieser Zeit trat noch zweimal genau der gleiche Symptomenkomplex im Anschluss an die Darreichung von noch kleineren Dosen Salicylsäure (einmal 1,5 g Acid. salicyl.; das zweite Mal nur 1,0 g Natr. salicyl.) in Erscheinung, so dass der kausale Zusammenhang keinem Zweifel unterliegen kann. Weder auf Chinin noch auf Jodkali reagirte Pat. in ähnlicher Weise.

Die Ursache, wesshalb in diesem Falle die wärmeregulirenden und vasomotorischen Apparate dieses seltsame, dem normalen geradezu entgegengesetzte Verhalten gegenüber der Salicylsäure darboten, entzieht sich völlig unserer Kenntnis. Von Interesse ist, dass auch gegenüber mechanischer Reizung und bei psychischen Affekten Pat. eine außerordentlich große, vasomotorische Erregbarkeit der Haut (Urticaria factitia) zeigte. Auch die Kenntnis des Exanthems ist von praktischer Wichtigkeit, in so fern die Möglichkeit einer Verwechslung mit Scharlach oder Masern vorliegt. **Escherich** (Würzburg).

20. **Takács** (Budapest). Ein Fall von Blutextravasat in das Gehirn, Encephalitis und Meningitis.

(Pester med. chir. Presse 1884. No. 25 u. 26.)

Ein 23jähriger Schneider erwacht Morgens hemiparetisch. Die Untersuchung ergiebt eine Hemiparesis dextra, fast totale motorische mit partieller sensorischer Aphasie. Am anderen Tage rechtsseitiger Krampfanfall, danach totale sensorische Aphasie. Später Somnolenz, Pulsverlangsamung, Übergreifen der Lähmung auf die linke Seite, Koma, Tod nach 5 Tagen. Niemals Temperaturerhöhung.

Die Sektion ergab ein Blutextravasat der linken dritten Stirnwindung, eine Hämorrhagie mit Erweichung der Inselwindungen, speciell der oberen Schläfewindung, eine tuberkulöse Meningitis der linken Hemisphäre und der Basis, so wie eine Tuberkulose der übrigen Meningen.

Außerdem allgemeine akute Miliartuberkulose. Verf. betont den Werth (? Ref.) der Beobachtung für die Lokalisation der motorischen Aphasie nach Wernicke in der 3. Stirnwindung. **Thomsen** (Berlin).

21. **Dejérine.** Tumeur rendue par les selles.

(Progr. méd. 1884. No. 14.)

Ein Seitenstück zu einem s. Z. von Cornil in der Soc. anatom. mitgetheilten Falle. Ein 45jähriger seit einigen Monaten an Digestionsstörungen und Abmagerung leidender Mann, fördert mit einem blutigen Stuhle eine eigroße, runde, mit Stielrudiment versehene Geschwulst zu Tage. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt die Struktur eines intestinalen Cylinderzellenepithelioms. Auffallend ist, dass der voluminöse Tumor keine Einklemmungserscheinungen bewirkt hatte.

Fürbringer (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 39. **Sonnabend, den 27. September.** **1884.**

1. **S. W. Lewaschew.** Beiträge zur Lehre über den Einfluss alkalischer Mittel auf die Zusammensetzung der Galle. (Aus dem klin. Laboratorium von Prof. S. P. Botkin.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VII. p. 609. Bd. VIII. p. 48.)

Vom Standpunkte des Praktikers aus, der seit lange die wohlthuende Wirkung der alkalischen Mittel bei der Behandlung von Gallensteinkoliken, Ikterus etc. kennt, die am Krankenbett gewonnenen Erfahrungen aber auch auf Grund von Experimenten in ihrem Wesen genauer erkennen will, hatte Verf. bereits in einer früheren Arbeit (Zur Frage über den Einfluss alkalischer Mittel auf die Zusammensetzung der Galle von Dr. S. Lewaschew und Dr. S. Klikowitsch, Arch. für exp. Pathologie Bd. XVII) versucht den Einfluss alkalischer Mineralwässer (Karlsbad — Sprudelquelle; Vichy — Quelle Grande Grille; Essentuki No. 17 [Kaukasus]) auf die Gallensekretion zu studiren. Die Versuche ergaben im Wesentlichen, dass, wenn man die erwähnten Mineralwässer Hunden mit Gallenfisteln in den Magen bringt, die Quantität der abgesonderten Galle nach

kurzer Zeit zu-, die Menge ihrer festen Bestandtheile dagegen abnimmt. Es wird also in größerer Menge eine verdünntere Galle abgesondert. Denselben Effekt zeigt eine 1 %ige Lösung von doppeltkohlensaurem Natrium, einen geringeren als diese hatte eine entsprechende Lösung von schwefelsaurem Natrium. Hierbei war nur die Frage, ob die Verdünnung der Galle eine Folge der Einführung größerer Wassermengen in den Darm war, oder ob den Salzen eine wesentliche Bedeutung hierbei zukam. In der That ergaben Versuche, dass die durch Wasser allein bedingten Veränderungen der Gallensekretion ihrem Wesen nach völlig identisch waren mit denjenigen, welche L. unter dem Einfluss der alkalischen Mineralwässer und Salzlösungen beobachtete; nur war die Intensität der Wirkung größer bei einer Lösung von doppeltkohlensaurem Natrium (eben so beim Vichy) als bei reinem Wasser. Von großem Einfluss war die Temperatur der verabreichten Flüssigkeiten, heiße waren wirksamer als kalte.

In einer neuen Reihe mühevoller, exakter und darum werthvoller Versuche sucht L. den Einfluss des Wassers auf die Gallensekretion dadurch auszuschließen, dass er die betreffenden Salze (saures kohlensaures Natrium, schwefelsaures Natrium, phosphorsaures Natrium) in Substanz in den Magen einführt. Es zeigt sich hierbei, dass unter dem Einfluss jener Mittel die Koncentration der Galle zuerst abnimmt, dann allmählich aber wieder größer wird. Es werden also zuerst im Vergleich zum Wasser relativ weniger feste Bestandtheile abgesondert und zwar betrifft diese Verminderung alle wesentlichen Bestandtheile der Galle in gleichem Maße. Bei großen Dosen ist die »Verdünnung« eine schneller vorübergehende, die Koncentration nimmt in kurzer Zeit wieder zu und erreicht größere Werthe. Giebt man gleichzeitig Wasser, so ist der Verlauf im Wesentlichen derselbe, nur der Verdünnungseffekt ein größerer. Am wirksamsten ist doppeltkohlensaures Natrium, weniger wirksam phosphorsaures Natrium, noch weniger schwefelsaures.

Eine außerordentlich große »Verdünnung« der Galle bewirkt schon in relativ kleinen Dosen 1—2—4 g salicylsaures Natrium. Nach Einführung desselben nimmt die Menge der festen Bestandtheile der Galle ganz außerordentlich ab, und zwar erstreckt sich diese Wirkung auf mehrere Tage nach der einmaligen Eingabe.

L. kommt zu dem Schluss, dass alle die eben erwähnten Mittel eine Verdünnung der Galle durch Verminderung des Gehaltes derselben an allen wichtigen festen Bestandtheilen bewirken. »Daher ist auch der Gebrauch dieser Mittel in der Therapie in Fällen, in welchen es aus der oder jener Ursache wünschenswerth ist, die Sekretion einer flüssigen Galle zu erzielen, vollkommen verständlich und begründet.«

Hierzu möchte sich Ref. folgende Bemerkungen erlauben: Eine Abnahme der Koncentration der Galle kann in zweierlei Art zu Stande kommen; das eine Mal bleibt die absolute Menge der in der Zeit-

einheit abgesonderten festen Bestandtheile konstant, die Menge des Wassers nimmt zu; oder die Menge der festen Bestandtheile nimmt ab, wobei gleichzeitig die Menge des Wassers zu- oder abnehmen kann, in letzterem Falle relativ langsamer als die festen Bestandtheile. Diese Verhältnisse berücksichtigt L. nicht, obwohl sie auch praktische Wichtigkeit haben. Denn ein therapeutisch zur Verdünnung der Galle verwendetes Mittel wird nur dann allen Anforderungen genügen, wenn es diese Verdünnung ohne Schädigung der Leberfunktion bewirkt. Salicylsaures Natrium z. B. setzt, wie sich aus L.'s Versuchen ergiebt, die absolute Menge der wesentlichen Gallenbestandtheile dauernd in ganz excessiver Weise herab; dies kann aber nur auf einem schweren Eingriff in die Funktion der Leberzellen beruhen, ein Eingriff, der, wie die tägliche Erfahrung lehrt, von 1000 Leuten ohne sichtbaren Nachtheil ertragen wird, aber bei schon vorhandenen Leberaffektionen — und da soll ja eben nach L. das salicylsaure Natrium angewendet werden — verhängnisvoll werden könnte.

Ganz anders als das salicylsaure Natrium wirken die anderen von L. untersuchten Salze (saures kohlensaures, phosphorsaures und schwefelsaures Natrium). Sieht man sich zunächst die Versuche genauer an, in denen die betreffenden Salze in Substanz dem Organismus einverleibt werden, so bemerkt man, dass die absolute Menge der festen Bestandtheile im Anfange der Salzwirkung abnimmt, dann aber besonders da, wo große Dosen in den Darmkanal eingeführt werden, entspricht dieser Abnahme wieder eine Zunahme. Die absolute Menge des Wassers nimmt ab, vermuthlich desswegen, weil Wasser in den Darm hinein abgesondert wird; sie nimmt nicht ab, sondern zu, wenn die Salze in wässriger Lösung gegeben werden. Aber auch so erhält man noch kein ausreichendes Urtheil über den Einfluss jener Salze auf die Gallensekretion, denn dazu erstrecken sich die Versuche von L. über zu kurze Zeiträume. Wenn wir z. B. sehen, dass bei Darreichung des sauren kohlensauren Natriums nach vorübergehender Abnahme die Menge der festen Bestandtheile wieder zunimmt, so kann man bisher nicht entscheiden, ob diese Zunahme nur die vorherige Minderausscheidung kompensirt oder eine länger dauernde ist, ob also unter dem Einfluss dieses Alkalis die Gallenproduktion eine absolut größere ist. Es müssten zu diesem Zwecke Versuche angestellt werden, in denen bei vollkommen gleicher Ernährung tagelang Gallenportionen aufgefangen und mit denen verglichen werden, die man unter denselben Bedingungen und gleichzeitiger Darreichung des zu prüfenden Mittels erhielte. Es würden sich dann voraussichtlich auch Unterschiede in der Wirksamkeit des sauren kohlensauren, des phosphorsauren und schwefelsauren Natriums unter einander ergeben.

Ich resümire mich also dahin: In den Versuchen von L. zeigt die Galle unter gewissen Verhältnissen allerdings eine Abnahme ihrer Koncentration, die mit der Wirkung der eingeführten Mittel im Zusammenhang steht. Aber nicht die Veränderungen der Koncentration

d. h. das wechselnde Verhalten der festen und flüssigen Bestandtheile unter einander, sondern die absoluten Mengen der Gallenbestandtheile sind für die Beurtheilung des Einflusses, den die betreffenden Salze auf die Gallensekretion haben, in erster Linie in Betracht zu ziehen. Nach dieser Richtung hin ergeben sich aus den Versuchen L.'s eine Reihe bemerkenswerther Thatsachen, ein vollkommen klares Bild über die Wirkung der Alkalien lässt sich jedoch noch nicht gewinnen. Die Wirkung des salicylsauren Natriums ist principiell verschieden von der des sauren kohlensauren Natriums. **F. Röhmann** (Breslau).

---

2. **Maragliano.** Wirkung des salicylsauren Natrons auf die Cirkulation.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VIII.)

Die widersprechenden Angaben der Autoren über den Einfluss der Salicylsäurepräparate auf die Cirkulation veranlassten M., dieser Frage auf dem Wege des klinischen Versuchs mit möglichster Vermeidung aller Fehlerquellen nachzugehen. Er experimentirte gewöhnlich an Rekonvalescenten, um den Einfluss der Krankheit auszuschalten und verordnete, so weit dies anging, während der Versuchsdauer kein anderes Medikament.

Bei der ersten Versuchsreihe, bezüglich der Wirkung einer einmaligen Dose des salicylsauren Natrons auf die sphygische Linie, fand M. nie eine Depression dieser Kurve. Dagegen beobachtete er ein Steigen der systolischen Linie und Accentuation der sekundären Erhebungen der absteigenden Linie (Dikrotismus, Polykrotismus). Die Steigerung der systolischen Linie zeigt sich eine Stunde nach der Einnahme und erreicht ihr Maximum nach 2—3 Stunden. Die Wirkung des Medikamentes verschwindet nach 3—4 Stunden.

In einer zweiten Versuchsreihe prüfte M. den Einfluss des salicylsauren Natrons bei längerem Gebrauch und auch hier fand er dieselben Wirkungen auf die Pulskurve.

Bezüglich des Einflusses auf die Pulsfrequenz lehrt die dritte Versuchsreihe M.'s, dass nie eine Vermehrung, gewöhnlich eine Verlangsamung und unter Umständen sogar eine recht beträchtliche Verminderung derselben stattfindet.

Die vierte Versuchsreihe galt der Bestimmung des arteriellen Druckes unter dem Einfluss des Salicylpräparates. Nie kam es dabei zu einem Sinken, meistens dagegen zu einem Ansteigen desselben, welches unter Umständen 8 Stunden nach der Einnahme des Medikamentes fortdauert.

Aus den Untersuchungen geht also hervor, dass das salicylsaure Natron keinen so gefährlichen und schädlichen Einfluss auf die Cirkulation ausübt, wie Viele annehmen. **Unverricht** (Breslau).

---

3. **Fr. Th. Frerichs.** Über den Diabetes. Mit 5 Tafeln.

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1884.

Es wird schwer sein dem reichen Inhalte dieser Schrift in kurzem Auszuge annähernd gerecht zu werden. Die ersten drei Abschnitte liefern in knapper gedrängter Form die physiologischen Grundlagen. Sie handeln vom Vorkommen, Herkommen und Verbrauch des Zuckers und verwandter Stoffe, namentlich des Glykogens. Im Blute finden sich 0,33—0,12% Zucker, auch in Chylus, Lymphe und serösen Ergüssen findet sich konstant Zucker. Glykogen findet sich in den weißen Blutzellen, reichlicher in Leber und Muskeln, in ersterer auf 60—260 g, in letzteren auf 28—104 g zu schätzen. In der schwierigen Frage nach der Funktion der Leber ist der Verf. zu der Ansicht gelangt, dass sie eine doppelte sei: Bildung von Glykogen, Aufspeicherung desselben für den Bedarf aus einem Theile des mit der Pfortader zugeführten Zuckers und Umwandlung des Glykogens in Zucker, Rückgabe der Kohlehydrate an das Blut für die allgemeinen Zwecke der Lebensvorgänge. Ein Verbrauch von Kohlehydraten finde hier nicht statt. Nur die Muskeln sind mit Sicherheit als Verbrauchsstätte der Kohlehydrate gekannt.

Zucker tritt in den Harn über wenn der Gehalt des Blutes auf 0,25—0,30 steigt. Geschieht dies in geringen Mengen, vorübergehend ohne wesentliche Störung der Ernährung, so wird der Vorgang als Glykosurie bezeichnet. Glykosurie entsteht auf toxischem Wege (Curare, Kohlenoxydgas) und nach akuten Krankheiten, in Folge von Störungen der Verdauungsthätigkeit und drittens in Folge gestörter Nerventhätigkeit (Ischias, Hirnerschütterung). Diabetes ist von Glykosurie unterschieden durch tiefgreifende Störungen des gesammten Stoffwechsels. Er bedarf und findet hier eine sehr sorgfältige Schilderung der Symptome wegen der zahlreichen verschiedengestaltigen Formen, unter denen er auftritt. Entsprechend dem Satze der Vorrede: Was ich gebe ist eigene Beobachtung — stützt sich die Schilderung auf 400 eigene Fälle, ohne durch Zahlenangabe zu ermüden. Die werthvollsten dieser Krankengeschichten werden ausführlicher mitgetheilt, andere in Auszügen zusammengestellt. 12 Heilungsfälle werden beschrieben. Unter 250 genauer analysirten Todesfällen waren 18 durch Erschöpfung, 34 durch Lungenschwindsucht, 7 durch Pneumonie, 8 durch Nephritis, 7 durch Karbunkelbildung herbeigeführt worden. Dauer 5 bis 7 Wochen bis 20 Jahre, meist 1—2 Jahre. Unter den Ursachen findet sich erwähnt: Von 400 Kranken gehörten über 200 dem 40. bis 60. Lebensjahre an, 282 dem männlichen, 118 dem weiblichen Geschlecht, 102 der semitischen Rasse, bei 39 war Ererbung anzunehmen, über ein Siebentel litt an Fettleibigkeit. Störungen der Nerventhätigkeit lagen 75mal unter 165 Fällen vor, darunter 30mal Hirnläsionen. Sehr häufig entstand durch Gemüthsbewegungen Diabetes, 10mal während eines Gichtanfalles, oft im Zusammenhange mit Syphilis, Erkältungen, Magenkatarrh. Bei zwei Kranken reihte sich Diabetes unmittelbar

an eine akute Erkrankung des Pankreas an. Auffällig ist noch das Vorkommen von 3 Diabetesfällen einmal in einem Hause, einmal in benachbarten Häusern einer Straße. F. unterscheidet folgende Formen: 1) leichte und schwerere, erstere durch Abhängigkeit der Zuckerausscheidung von dem Genusse von Kohlehydraten ausgezeichnet, jedoch oft in die schwerere übergehend, bei der auch bei reiner Fleischdiät Zucker ausgeschieden wird; 2) mit vermehrter oder geringer Harnausscheidung; 3) in Folge von Hirnkrankheiten (mit reicher höchst werthvoller Kasuistik); 4) Diabetes in Folge von Infektionskrankheiten (Cholera, Typhus etc.); 5) in Folge von Erkältungen; 6) in Folge von konstitutionellen Erkrankungen (Syphilis, Gicht, Fettleibigkeit); 7) Diabetes mit Pankreaskrankheiten; 8) Diabetes bei Leberkrankheiten, welche jedoch keinen Einfluss auf ersteren üben; 9) Diabetes der Kinder und Alten, ersterer schneller und ungünstiger, letzterer ungefährlicher verlaufend; 10) intermittirender Diabetes. Zur Behandlung werden empfohlen, diätetisch: Vermeiden geistiger Anstrengung und Aufregung, Verlassen des Ortes, Klimawechsel, regelmäßige Bewegung in freier Luft, Berücksichtigung der Hautthätigkeit durch warme Bäder, unter Umständen kalte Abreibungen. Die Nahrung soll möglichst wenig Kohlehydrate enthalten, doch ist etwas Brot zu gestatten, da kein Ersatzmittel genießbar oder genügend stärkefrei ist. Vor Milch wird gewarnt, eher ist etwas Bier oder Rothwein zu gestatten. Von Arzneien wird vorzugsweise Opium empfohlen, das durch keines seiner Alkaloide, noch weniger durch andere Narkotika ersetzt wird. Kohlensaures Natrium wird bedingt empfohlen, die alkalireichen Mineralwässer, Karlsbad, Neuenahr und Vichy, namentlich ersteres, lebhaft befürwortet. Sowohl mit antizymotischen Mitteln (Karbolsäure, Salicylsäure, Benzoesäure, Arsen, Jod) wie mit Ersatzmitteln des Zuckers für die respiratorischen Zwecke (Milchsäure, Glycerin, Donkin's Milchkur) wurden keine oder ungünstige Erfolge erzielt. Jodoform bewirkte mäßige, vorübergehende Besserung. Der Schlussabschnitt wie das Vorwort enthalten allgemeinere Erwägungen, die an die entfernten Ziele wahrer Forschung und an die engen Grenzen unseres Wissens erinnern und den hohen Standpunkt und weiten Blick des Verf. kennzeichnen. **Gerhardt** (Würzburg).

---

4. **Tschernow.** Über Fettdiarrhöe der Kinder im Sinne Demme's und Biedert's.

(Wratsch 1884. No. 11—13.)

Verf. hat schon früher, als er die Fettausscheidung im Kothe von Gesunden und Fiebernden sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern verglich, gefunden, dass im Fieber ca. 14 % des Nahrungsfettes weniger resorbirt wurden, als im gesunden Zustande, während die Nahrungszufuhr in beiden Fällen die gleiche gewesen war. Er untersuchte nun den Fettgehalt der Fäces bei Kindern bis zu sechs

Monate alt unter verschiedenen Verhältnissen. 1) Bei sieben gesunden Kindern fanden sich 25—30%; 2) bei zwei Frühgeburten, welche gut gediehen und sich wie Gesunde verhielten, aber im Koth weißliche Klümpchen hatten, 47,5 und 57%; 3) bei vier Kindern mit Dyspepsie 37,6 (im gesunden Zustande 26,3), 43,6 (gesund 27), 43,5 (der Fettgehalt der Muttermilch betrug in diesem Falle nur 1,5) und 62,2%; 4) wurden 14 Kinder untersucht, welche an verschiedenen Krankheiten mit Temperaturerhöhung litten und bei denen auch Erscheinungen von Seiten des Darmes vorhanden waren. Darunter Erysipel mit 52,2%, Pneumonia catarrhalis 51,1% (in der Rekonvalescenz 42), dessgleichen 51,7 (33), dessgleichen 60,9 (und bei vorübergehender Besserung 55,2); großes Geschwür 67%, Eröffnung, Besserung 48,3; ferner Fall von einem Knaben (4 Monate alt), der während des gesunden Zustandes untersucht 24,9 und während eines gelegentlich auftretenden Fiebers 40,7 Fett hatte, während die Nahrung, Muttermilch von 2,5% Fett, immer dieselbe blieb, nur während des Fiebers weniger als vorher genossen ward. Endlich in einem Fall von Ikterus mit Leber- und Milzvergrößerung und heftigen Durchfällen wurden 75,3% Fett konstatirt. Es werden auch einige Fälle vorgeführt, welche ganz dem Krankheitsbilde von Demme und Biedert entsprechen. Verf. schließt, dass man nicht von einer Fettdiarrhöe als besondere Krankheit sprechen kann, sondern dass es ein Symptom sehr verschiedener Krankheiten ist; dasselbe ist nicht abhängig vom Fettgehalt der Nahrung und es ist desshalb auch nicht zu empfehlen, ein fettarmes Nahrungsgemisch zu geben, nur darauf zu sehen, dass die Nahrung gut vertragen werde. Die Atrepsie von Parrot (in deren Rahmen auch die Fälle von Demme und Biedert gehören) wird meist sicherer durch eine Amme als durch künstliche Nahrung geheilt.

F. A. Hoffmann (Dorpat).

---

5. **Kernig.** Über ein wenig bekanntes Symptom bei Entzündung der weichen Hirnhaut.

(Wratsch 1884. No. 26 u. 27.)

Verf. untersuchte 15 Fälle von Entzündung der Pia, darunter 13 von Mening. cerebrosp. epid., 1 von M. tuberculosa, 1 von M. purulenta, bei denen er sämmtlich, wenn sie in eine sitzende Stellung gebracht wurden, eine Kontraktur der Flexoren des Kniegelenks beobachtete, in den schweren Fällen so ausgesprochen, dass man selbst mit Gewalt den rechten Winkel nur wenig stumpfer machen konnte. Zum Zustandekommen dieser Kontraktur scheint es nöthig, dass die Oberschenkel gegen den Rumpf im rechten Winkel stehen, da man beim Gehen und Stehen die Kontraktur nicht beobachtete, welche im Sitzen sofort auftrat. Beim Liegen kann man sie hervorrufen, wenn man den Oberschenkel gegen den Rumpf flektirt. Das Symptom stellte sich im Beginn der Krankheit ein und blieb die ganze Dauer derselben bestehen, ja dauerte bei Genesenen noch einige Zeit über

dieselbe hinaus. Verf. verwahrt sich dagegen, dass sein Symptom mit Kontrakturen, wie sie bei Potatoren und bei schwer Fiebernden, namentlich Typhösen, vorkommen, verwechselt werden können. Solche schwere Fälle von Typhus, welche schon im Beginn mit Kontrakturen der Nacken- und Rückenmuskulatur auftreten, hatte er aber nicht Gelegenheit zu untersuchen. Er beobachtete dagegen sechs Fälle anderer schwerer Hirnaffektionen, bei denen sein Symptom sich fand (Blutungen in Gehirn und Hirnhäute, Pachy- und Leptomeningitis nach Thrombose des Sinus transversus, allgemeine Carcinose, Hyperämien). **F. A. Hoffmann** (Dorpat).

6. R. Renzone. L'ossaluria ed il suo valore clinico.

(Rivista internaz. di med. e chir. 1884. I. No. 5 u. 6.)

Giebt es eine Krankheit »Oxalurie«? Ist man berechtigt, bei kachektischen, nervös deprimirten Pat., deren Untersuchung ein negatives Resultat ergiebt bis auf das Auftreten der bekannten Quadratoktaeder im Urin, jene Diagnose zu stellen und auf sie gestützt die namentlich von Cantani empfohlene Behandlung mit exclusiver Fleischdiät und mit Alkalien einzuleiten? Steht insbesondere der übermäßige Genuss von Kohlehydraten und Vegetabilien in ätiologischer Beziehung zu solcher Erkrankung? Der Verf. verneint all diese Fragen aufs Entschiedenste! Für ihn ist das Erscheinen von oxalsaurem Kalk im Urin nur ein Symptom, welches ganz allgemein für herabgesetzte Oxydation, für verlangsamten Stoffwechsel zeugt, ohne aber mit einer besonderen Diathese verbunden zu sein; ein Symptom, welches bei Krankheitszuständen der verschiedensten Art, bei Tuberkulose, Krebs, Malaria etc. auftreten kann und bei dessen Feststellung man sich nie beruhigen soll. Und noch weniger soll man sich beruhigen, wenn etwa nach Ausschluss der Vegetabilien aus der Nahrung und Anwendung der Alkalien, namentlich des Natr. phosphor., jene Krystalle nun aus dem Urin verschwinden — es ist das nur Symptomenheilerei, die Krankheit ist unberührt geblieben, und eine genauere Untersuchung lehrt sogar oft, dass genau dieselben Mengen ausgeschieden werden, nur nicht krystallinisch, sondern in Lösung gehalten. Den Beweis dafür, wie wenig die vegetabilische Kost mit der Krankheit zu schaffen hat, liefert erstens die Ätiologie, die nur in den seltensten Fällen ein Übermaß derselben erkennen lässt, zweitens aber jene Fälle, die Verf. wiederholt beobachtet hat, und auf die in der That ein Hauptgewicht zu legen sein dürfte, wo bei Diabetikern, die in strenger Diät gehalten wurden, dennoch intercurrent, auch nach völligem Verschwinden des Zuckers Oxalate ausgeschieden wurden. Endlich kommt noch hinzu, dass oftmals die Krystalle sich erst im gelassenen Urin bilden, — Fälle, die ein gewissenhafter Beobachter freilich von vorn herein ausscheiden dürfte! Also, um das prägnante Bild des Verf. zu gebrauchen: die Oxalurie ist nur der Rauch, der anzeigt, dass irgend wo im Orga-

nismus eine mangelhafte Verbrennung stattfindet. Aufgabe des Arztes ist es dann erst, deren Ursache festzustellen und diese in geeigneter Weise zu beheben; eine specifische Behandlung kann es daher nicht geben, vielmehr nur eine allgemeine Aufbesserung des Stoffwechsels mit allen zu Gebote stehenden Mitteln, gute Ernährung, Bewegung, Bäder etc., wirksam sein, während den Alkalien, spec. dem Natr. phosph. allerdings die Aufgabe bleibt, die Krystalle in Lösung zu halten und somit der Gefahr der Steinbildung entgegen zu wirken.

Posner (Berlin).

---

7. **H. Bidon.** Sur la paralysie par irritation périphérique.

(Revue de méd. 1884. No. 4.)

Den in der Litteratur in nur geringer Zahl aufgezeichneten Fällen von traumatischen Läsionen folgenden Lähmungen in Nervengebieten, die vom Ort der Verwundung entfernt liegen, fügt Verf. zwei eigene interessante Beobachtungen bei. Während es sich in den Fällen von Weir Mitchell, Morehouse und Keen um direkt und unmittelbar an das Trauma sich anschließende Lähmungen handelte, kommen die Beobachtungen des Verf. mit einigen von deutschen Autoren (Bumke, Leyden, Schwahn) mitgetheilten darin überein, dass sich die motorischen Störungen erst eine gewisse Zeit nach der Verwundung und allmählich entwickelten.

Der erste Fall B.'s betrifft einen Artilleristen, der in einem Gefecht mit den Arabern einen Schuss in den rechten Oberschenkel erhielt, nichtsdestoweniger aber weiter kämpfte und bei der Führung der blanken Waffe den rechten Arm in ungewöhnlicher Weise ermüdete. Einen Monat später wurde dieser Arm in wenigen Tagen völlig unbeweglich und insensibel. Die Wunde des rechten Beines war mit Steifigkeit des Kniegelenkes geheilt. Die Funktionsstörung der oberen Extremität verlor sich allmählich unter einer dem Verf., der Pat. erst nach Ablauf der ganzen Sache sah, unbekannt gebliebenen Behandlung.

Der zweite vom Verf. während des ganzen Verlaufes genau beobachtete Fall bot verschiedene interessante Einzelheiten. Ein ca. 40jähriger Journalist, der ein ziemlich wechselvolles Leben hinter sich hatte und einige Mal psychischen Excitationszuständen, die übrigens rasch vorübergingen, unterworfen gewesen, erlitt im Januar 1883 durch ein zerbrechendes Nachtgeschirr zwei Verletzungen in der Gegend des Steißbeins und dicht hinter dem Anus, die ziemlich starken Blutverlust bedingten. Nach 10 Tagen erfolgte auf dem Steißbein, in den Inguinalgegenden und der Innenfläche beider Oberschenkel der Ausbruch eines pustulösen Exanthems, das durch mehrere Wochen sich stets erneuerte; später Bildung akuter Gangrän an zwei Hautstellen, über der rechten Spina iliaca und dem Köpfchen der rechten Fibula.

Ende März begann Schwäche in den Extremitäten verbunden mit

Parästhesien sich einzustellen; erstere steigerte sich in kurzer Frist zu hochgradiger Parese der Arme und Beine, vollständiger Unfähigkeit zum Stehen und Gehen. Die Sensibilität der Haut an den Extremitäten zeigt sich ebenfalls hochgradig herabgesetzt, an Rumpf, Hals und Gesicht nur geringfügig alterirt. Leichte Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, Aufhebung der Sehnenreflexe, keine Muskelspasmen und keine Schmerzen. Die vegetative Sphäre ganz intakt. Die Krankheitserscheinungen hielten sich 14 Tage auf ihrer Höhe, dann begann unter tonisirender Behandlung (kalte Duschen, Strychnin) Besserung sich einzustellen, die sehr rasche Fortschritte machte und bald zu vollkommener Heilung führte.

In der Epikrise verwirft Verf. die zur Erklärung analoger Fälle aufgestellten Theorien des Reflexes (Brown-Séquard) und der Erschöpfung (Jaccoud) und kommt zu dem Schlusse, dass es sich dabei um materielle Läsionen der Nerven (Neuritis ascendens) und des Rückenmarks handle, die durch das Trauma bedingt würden. Er adoptirt für solche Lähmungsfälle den von Weir Mitchell vorgeschlagenen Namen: Lähmung durch periphere Irritation.

Eisenlohr (Hamburg).

---

8. Ph. Schech (München). Die sog. Reflexneurosen und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Nase und des Rachens.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1884. No. 30.)

Verf. theilt die von ihm innerhalb der letzten 2 Jahre beobachteten Fälle von Nasen- und Rachenerkrankungen mit, die, seiner Ansicht nach, reflektorisch andere Krankheitserscheinungen zur Folge hatten. Unter 52 an Nasenpolypen Operirten waren 8 mit Asthma behaftet. Alle 8 waren Männer; nur bei einem von ihnen war das Lumen der Nase völlig verlegt, während bei den 7 anderen es sich meist um kleine, zufällig entdeckte Polypen handelte. Für das Auftreten des Asthma gerade bei diesen kleinen, das Nasenlumen wenig obstruirenden Polypen schließt sich Verf. der Hack'schen Ansicht an, wonach das betr. Leiden nicht durch die Polypen selbst, sondern durch das angrenzende Schwellgewebe der unteren Muschel hervorgerufen würde. (Bei hochgradiger Degeneration resp. Kompression der Schleimhaut wird die Erregbarkeit der Nerven und die Erektilität des Schwellgewebes herabgesetzt; bei geringfügigeren Veränderungen dagegen erhöht.) Die Auslösung des Reflexes kommt zuweilen erst zu Stande in Verbindung mit anderen die Respirationsschleimhaut treffenden Reizen, wie dies durch einen angeführten Fall erläutert wird. Auffallend ist ferner das überwiegende Auftreten des Asthma in der Nacht. Verf. führt das zurück auf eine durch Kohlensäureintoxikation erzeugte Reizung der Medulla oblongata, die ihrerseits die Folge ist von einer Verlegung der Nase während des Schlafes

durch plötzliche Schwellung des kavernösen Gewebes der unteren Muscheln. Eine solche Schwellung kann ja durch sehr geringfügige Ursachen hervorgerufen werden, z. B. durch die Bettwärme. (Es würden, falls die Hypothese richtig ist, diese Fälle von Asthma doch nicht zu den »Reflexneurosen« im eigentlichen Sinne gerechnet werden können. Ref.) Bezüglich des Wesens des Asthmas schließt sich Verf. denen an, die als Grundlage des Leidens einen Krampf der Bronchien annehmen.

Ferner wurden Fälle von Ciliar-, Supra-, Infraorbital- und Inframaxillarneuralgie oder Migraine beobachtet, ebenfalls zurückführbar auf Nasenrachenaffektionen. Selten fanden sie sich bei Polypen, häufig bei Hypertrophie der mittleren Muschel. Ziemlich häufig kamen sekretorische Reflexneurosen vor; profuse Sekretion der Nasenschleimhaut mit Thränenträufeln zweimal; einmal ein Fall von Ptyalismus. Bei letzterem schwand nach Entfernung der Polypen der begleitende Kopfschmerz; die Salivation wurde erst allmählich gebessert.

Auch einige Fälle von Heuschnupfen führt Verf. als reflektorisch von Nasenerkrankungen bedingt an.

Vorübergehende und kontinuirliche Röthe der Nase so wie der angrenzenden Wangenpartien ist als Symptom chronischer Rhinitis aufzufassen. Die kontinuirliche Röthung ist durch Stauungshyperämie hervorgerufen, die plötzlich entstehende stellt das Resultat einer vasomotorischen Neurose dar.

Ferner wurden 2 Fälle von rheumatischen, exsudativen Processen beobachtet, die mit Nasenerkrankungen in Verbindung gebracht werden konnten.

Schließlich führt Verf. noch einen Fall von psychischer Erkrankung, hauptsächlich durch Zwangsvorstellungen charakterisirt, an, bei welchem sich neben Hypertrophie der unteren Muscheln, des Septum, namentlich eine chronische Entzündung und Hypertrophie der Seitenstränge mit außerordentlicher Reizbarkeit der Rachengebilde fand. Die galvanokaustische Behandlung hatte zur Zeit, wenn auch noch keine völlige Heilung, so doch Besserung des geistigen Zustandes zur Folge.

Die ungünstigste Prognose von sämmtlichen behandelten Fällen bot das Asthma dar, die besten Resultate lieferte die Lokalbehandlung bei Migraine und Trigeminusneuralgie. **Leubuscher** (Breslau).

---

9. J. Schnitzler. Der gegenwärtige Stand der Therapie der Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

(Wiener med. Presse 1884. No. 15, 18, 20, 21, 22, 26.)

S.'s Vortrag giebt sich nicht als eine originelle Arbeit, sondern als eine Zusammenfassung unserer gegenwärtigen Anschauungen, allerdings mit besonderer Berücksichtigung der eigenen Erfahrungen; zum größten Theil jedoch wird man darin bereits Bekanntes finden.

Prophylaktisch erwähnt der Verf., dass keine Kinder von schwächlichen oder gar phthisischen Müttern gestillt werden sollen, dass schwächliche Kinder spät in die Schule gehen, viel im Freien sein und rationell (Fleisch, Milch) ernährt werden sollen — mit Rücksicht auf den Befund von Bacillen bei der Perlsucht soll die Milch jedoch nur gekocht genossen werden. Weiter empfiehlt sich eine systematische Abhärtung (allmähliches Vorgehen von den kühlen zu den eigentlich kalten Proceduren!) und eine verständige Brustgymnastik (tiefe Athembewegungen, kleine Bergtouren).

Bei der Wahl eines klimatischen Kurorts ist in erster Reihe die Reinheit der Luft zu berücksichtigen. Bei Katarrhen und beginnender Phthise sind indifferente Klimate (200—500 Meter hoch, im geschützten Thal) zu wählen, für den Sommer Ems, Salzbrunn, Lippspringe, Soden etc., für den Winter Meran, die Riviera. Bei ausgesprochener Lungenphthise, wenn nicht die Empfindlichkeit zu groß ist, subalpine Klimate (500—1000 Meter hoch), Ischl, Aussee, Kreuth, Interlaken u. A. Die Hochgebirgskurorte (St. Moritz, Davos; auch Görbersdorf und Falkenstein sind hierher zu rechnen) sind nur bei längere Zeit stationären Processen zu wählen. Das Seeklima empfiehlt sich für torpide, skrofulöse Individuen mit Disposition zu Katarrhen. Von den südlichen Kurorten sind die feuchtwarmen (Algier, Madeira, Venedig etc.) für sehr erregbare, zu Hämoptoe disponirte Individuen, die trockenwarmen (Kairo, Palermo u. A.) für mehr torpide Konstitutionen vorzuziehen.

Medikamente, die zur Kräftigung des Organismus beitragen, sind Leberthran, oder statt dessen Glycerin, das der Verf. längere Zeit hindurch täglich 10—20 g giebt, meist in Verbindung mit Eisen, das er bei allen zur Phthise disponirten anämischen Individuen anwendet, natürlich in Form der leichtverdaulichen Präparate. Bei rachitischen Individuen giebt er phosphorsaures Eisen, bei Disposition zu Blutungen Eisenchlorid mit Vortheil (??Ref.). Chinin wirkt nur im Anfangsstadium wohlthätig, später ist es ohne Einfluss auf das Fieber. Mit dem Arsenik erzielte er auch in vorgeschrittenen Fällen günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden und die Ernährung, er giebt es in steigenden Gaben, meist in Form der Sol. Fowleri (5—20 Tropfen pro die). Von den Sublimatinhalationen konnte er nichts Gutes konstatiren.

Die Inhalationstherapie hat vor Allem dadurch günstigen Einfluss, dass sie die komplicirenden Katarrhe bessert; die vom Verf. bervorzugten Mittel sind Ol. Pini und Karbolsäure. Für die Lokaltherapie der Kehlkopftuberkulose dagegen ist sie weniger wirksam und Verf. bevorzugt hier, unzweifelhaft mit Recht, die direkte Behandlung, am meisten die Einblasungen von Jodoform.

Strassmann (Berlin).

---

10. E. Moritz. Über Asthma bronchiale.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 26 u. 27.)

Verf., der selbst Asthmatiker ist, kommt auf Grund von Eigenbeobachtung und von in der Praxis gemachten Erfahrungen, bezüglich der Ätiologie und Pathogenese des Asthma zu folgenden Schlüssen: Ein reines Asthma nervosum ist, wenn es überhaupt zu beobachten ist, so doch sehr selten, fast immer liegt der Krankheit ein chronischer Bronchialkatarrh zu Grunde, meist in der Form der Curschmann'schen Bronchiolitis exsudativa. Gewöhnlich ist eine akute Steigerung dieses Katarrhes die unmittelbare Veranlassung zum Ausbruche des asthmatischen Anfalles. Die Ursachen dieser akuten Steigerung sind natürlich verschieden. Aber auch ohne eine solche Exacerbation kann — bei bestehendem chronischen Katarrh — durch gewisse Momente ein Anfall hervorgerufen werden. (So bekommt Verf. stets einen Anfall, wenn er sich 10—15 Minuten in gewissen Wohnungen aufgehalten hat.) Die Zeit des periodischen Anfalles ist gewöhnlich die 3. bis 5. Stunde der Nacht. Verf. tritt ferner für die Weber'sche Hypothese bezüglich des Zustandekommens des asthmatischen Anfalles ein und führt eine Reihe von Argumenten gegen die Krampftheorien ins Feld.

Leubuscher (Breslau).

---

11. Arning. Über das Vorkommen des Bacillus leprae bei Lepra anaesthetica.

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. p. 170.)

Verf. ist es gelungen, den bis jetzt noch ausstehenden Beweis des Vorkommens der Leprabacillen in den Nerven bei der anästhetischen Form der Krankheit zu bringen. Bei zwei Pat., welche keine Knotenform der Lepra zeigten, wurde in der Chloroformnarkose ein Stückchen des verdickten N. ulnaris excidirt und nach Härtung in Alkohol gefärbt. In den älteren Partien der Anschwellung fanden sich in den reichlich vorhandenen Bindegewebszügen neben Pigmentkörnern spärliche, sporenhaltige Bacillen; in den frischeren Partien waren epitheloide Zellen mit deutlichem Kern und einem oder mehreren sporenfreien Bacillen nachweisbar.

Nach der Excision wurde in der Narkose kräftige Nervendehnung vorgenommen, welche keinerlei Änderung in der Sensibilität, aber eine, allerdings vorübergehende, Besserung der Beweglichkeit zur Folge hatte. Bei dem einen Kranken trat, wahrscheinlich in Folge des Hineingelangens von Leprasporen in die Blutbahn bei der Operation, unter Fieber ein Nachschub ein in Form eines erythematösen Flecks auf der Stirn.

Hueppe (Wiesbaden).

Kasuistische Mittheilungen.

12. Ranney. A curious case of persistent reflex spasm of the diaphragma.

(Med. news 1884. No. 24.)

Ein 44jähriges Fräulein, aus nervöser Familie, selbst hochgradig nervös und seit der Jugend mit Schlaflosigkeit und Tremor manuum behaftet, leidet seit vier Jahren an anfallsweise auftretenden Zwerchfellskrämpfen (»hiccough«) von 10 bis 60 Minuten Dauer. Dieselben sind so heftig, dass sie zuweilen mit Vertigo und Asphyxie einhergehen und schließen sich an jede Bewegung der Arme oder Hände an, so dass Pat. zu fast völliger Unthätigkeit verdammt ist. In letzter Zeit außerdem heftige Neuralgien der Augen und linken Schulter.

Die Untersuchung ergab eine Druckempfindlichkeit der Haut über dem 4. bis 6. Halswirbel und dieser selbst, sonst nichts Besonderes.

Verf. nimmt eine Hyperexcitabilität des unteren Halsmarkes — aus welchem die Plexus brachiales und die Nervi phrenici hervorgehen — an und kauterisirte mit vorläufigem guten Erfolge die Halswirbelsäule. **Thomsen** (Berlin).

13. James Foulis (Edinburgh). On a case of patent ductus arteriosus, with aneurism of the pulmonary artery.

(Edinburgh med. journ. 1884. Juli.)

Ein junges Mädchen bot bei der ersten Untersuchung die Erscheinungen großer Anämie dar. Die vorhandenen Herzgeräusche wurden ebenfalls auf dieses Leiden bezogen. Eine spätere genauere Untersuchung zeigte aber, dass jetzt nach Beseitigung der Anämie die Geräusche bedeutend stärker geworden waren. Der Befund am Herzen war damals folgender: Im 2. Interkostalraum links vom Sternum, eben so über der Aorta, an ersterer Stelle am lautesten, sind zwei Geräusche zu hören, deren erstes länger ist und am Ende einen hellen musikalischen Beiklang besitzt. Über der Pulmonalis ist starke systolische Hebung vorhanden.

Die Anamnese ergiebt bezüglich der Ätiologie eines Herzleidens einen völlig negativen Befund. Drei Monate nach Aufnahme dieses Status kam Pat. wieder zur Beobachtung; sie hatte jetzt starke Dyspnoe, blasse Cyanose, blutigen Auswurf. Die Geräusche am Herzen waren fast ganz verschwunden und durch zwei Töne ersetzt. Unter den Erscheinungen einer Perikarditis erfolgte der Tod.

Bei der Sektion fand sich starke Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel. Der Ductus arteriosus Botalli war nicht obliterirt, sondern für einen Gänsekiel durchgängig. Er war durch einen Thrombus, der von einem etwa walnussgroßen Aneurysma der Pulmonalis aus seinen Ursprung nahm, zum größten Theil verschlossen. Das Aneurysma der Pulmonalis lag innerhalb des Perikards vor dem linken Herzohr und war völlig durch ein Blutcoagulum ausgefüllt. Die Klappen der Pulmonalis waren hochgradig durch endokarditische Processe verändert; eben so die der Aorta; letztere scheinen aber schlussfähig zu sein. Gegenüber der Einmündungsstelle des Ductus Botalli fand sich in der Wand der Aorta eine rundliche, linsenförmige Ausbuchtung vor.

Die Erklärung für die Entstehung der Geräusche findet Verf. in der Pulmonalklappenaffektion und in dem offen gebliebenen Ductus Botalli. Während der Systole floss Blut von der Pulmonalis zur Aorta durch den Ductus; bei der Diastole war dieses umgekehrt. Als späterhin der Ductus arteriosus durch den Thrombus zum größten Theil verstopft war, verschwanden die Geräusche.

Leubuscher (Breslau).

14. Jastrowitz. Über einen Fall von Zwangsvorstellung vor Gericht, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 31 u. 32.)

Selten wohl werden Handlungen, die aus Zwangsvorstellungen resultiren, Gegenstand gerichtsärztlicher Beurtheilung. Dies liegt darin, dass die Zwangs-

vorstellungen Gedankenreihen sind, welche zwar wider Willen dem Kranken sich aufdrängen, deren krankhafter fremdartiger Natur er sich aber bewusst bleibt. Dieses Bewusstsein reicht gewöhnlich aus, eine strafbare Handlung zu verhindern. Um so interessanter ist der Fall, welchen J. ausführlich mittheilt. Es handelt sich dabei um einen 31 Jahre alten Mann, welcher wohlsituirt ist und in glücklicher Ehe lebt. Hereditär ist Pat. nicht belastet; es bestand bei ihm eine unwiderstehliche Neigung zu oft ganz werthlosen Gegenständen, und zwar nur solchen, die mit Frauen in Bezug stehen, z. B. Haarnadeln; »der bloße Anblick von Weiberwäsche versetzt ihn in einen Zustand, dass er solche sich aneignen möchte«. Wollustgefühl will Pat. dabei nicht empfinden. »Es ist die Sucht vom Weibe etwas zu haben, der Gedanke regt mich auf, ich weiß nicht warum,« so schildert Pat. seinen Zustand selbst. Die Ursache der gerichtlichen Procedur ist folgende. Pat. fuhr auf den Perron der Pferdebahn; eine junge Dame stand vor ihm; es befiel ihn ein Gefühl der Beklemmung durch die Berührung mit ihr, die Aufregung nahm zu und schließlich nahm er der Dame aus der Tasche ihres Jaquets das Portemonnaie und steckte es in die Tasche seines Überziehers. Die Untersuchung wurde dadurch erschwert, dass sich neben dem Portemonnaie in der Tasche der Dame das Taschentuch befand, welches Pat. nicht herausnahm.

Die ärztliche Untersuchung mag wohl recht schwer geworden sein, allein durch eine Menge äußerer Verhältnisse und wissenschaftlicher Erörterungen entschied sich J. dahin, dass Inkulpat die inkrimirte That in einem unfreien Zustande begangen habe. Den recht interessanten Vortrag in allen seinen Konsequenzen zu referiren geht leider nicht an, aber Allen, welche sich für ihn interessiren, kann Ref. ihn warm empfehlen. **Prior** (Bonn).

15. **Dornblüth** (Rostock). Ein Fall von geheilter Ellbogenankylose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 33.)

Bei einer jungen Dame hatte sich als Folge einer Gelenkentzündung eine komplete Ankylose des rechten Ellbogengelenkes eingestellt. Armbäder, Massage blieben erfolglos, und selbst in der Chloroformnarkose gelang es bei Anwendung ziemlicher Kraft nicht, die Beweglichkeit zu ändern. Der Arm bildete bei möglichster Streckung am Ellbogen einen Winkel von etwa 170°, bei möglichster Beugung von etwa 160°. D. verordnet, weil ein chirurgischer Eingriff nicht acceptirt wurde, allnächtliche Anlegung eines Zugapparates und abendliche Einreibung von Kaliseife. Die Wirkung war auffallend günstig, die passiven Bewegungen wurden baldigst ergiebiger, so dass die Ankylose vollkommen beseitigt ist. D., welcher nicht die Wirkung des Zugapparates unterschätzt, schreibt den erzielten Erfolg hauptsächlich der Kaliseife zu (Sapo kalium albus; als Geruchskorrigens Ol. aurant. flor.), deren Wirkung nach Senator zu suchen ist in der Massage, der Hautreizung und der verflüssigenden Wirkung des Kali. Die letztere Wirkung dünkt dem Verf. in diesem Falle die Hauptsache. **Prior** (Bonn).

16. **Th. Keller.** Contribution à l'étude des ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse.

(Rev. de méd. 1884. No. 8.)

Die von Strauss 1881 zuerst beschriebenen, bei Tabetikern auftretenden, spontanen subkutanen Ecchymosen hat K. nur in einem unter 20 Fällen von Tabes beobachtet. Dagegen kamen ihm verschiedene Fälle von anderen nervösen Erkrankungen zu Gesicht, in denen ganz dieselben blutigen Suffusionen sich zeigten, wie Strauss sie bei Tabes beschreibt. Es handelte sich in allen Fällen (es sind deren 5) um neuropathische Frauen, mit mannigfachen neurasthenischen und hysterischen Erscheinungen meist deprimirter Stimmung oder selbst melancholischen Zuständen, einzelne darunter Arthritiker. Traumatische Ursache der Ecchymosen war in allen Fällen mit Bestimmtheit auszuschließen. Jene erfolgten spontan oder nach psychischen Emotionen fast nur im Bereich der Extremitäten, sehr selten am Rumpf, ohne besondere allgemeine oder lokale Störungen; nur in

einzelnen Fällen gingen leichte schmerzhafte Sensationen dem Auftreten der Ecchymosen voraus. Die betreffenden Hautstellen waren meist empfindlich gegen Druck und Berührung. Die geringe Quantität ausgetretenen Blutes machte die gewöhnlichen Phasen in wenig Tagen durch.

Aus dem Umstande, dass bei der Entstehung der in Frage kommenden Erkrankungen psychische Momente, deprimirende Affekte eine wesentliche Rolle gespielt hatten, zieht Verf. den Schluss, dass die Alterationen der kleinen Gefäße, denen jene Suffusionen ihre Entstehung verdankten, wohl cerebral bedingt sein mochten, jedenfalls unter Einfluss des Nervensystems entstanden waren. Hysterische und arthritische Komplexion sind jedenfalls ätiologisch von Wichtigkeit.

Eisenlohr (Hamburg).

17. **E. Galvagni** (Modena). Sopra un caso di mesenterite in un saturnino.

(Rivista clinica 1884. fasc. 3.)

G. fand in einem Falle von chronischer Bleivergiftung bei der Obduktion neben sonstigen peritonitischen Veränderungen und strangförmiger Zusammenziehung des Epiploon das Mesenterium in seiner ganzen Ausdehnung verkürzt und in eine Art von Narbengewebe verwandelt. Es bestand außerdem braune Leberatrophie und Granularatrophie der Nieren.

In einem zweiten Falle von chronischer Bleivergiftung, der nicht zur Obduktion kam, glaubte er eine gleiche Affektion des Mesenteriums aus folgendem Befunde schließen zu müssen. Auf der Mittel- und den Seitenpartien der Bauchwand zeichnen sich sehr deutlich die Darmschlingen ab. Drückte man nun mit der Hand auf die eine Seite des Bauches, so sah man die Darmschlingen in toto nach der anderen Seite schlüpfen; eine entsprechende Bewegung erfolgte bei tiefer Respiration. Außerdem hatte man bei der Palpation das Gefühl ungleicher Spannung, dergestalt, dass an manchen Stellen die Finger tiefer eindringen konnten als an anderen, und man den Eindruck hatte, als ob man zwischen zwei Darmschlingen gelange. (Der Fall ist wohl doch zweifelhaft. Ref.)

G. glaubt einen ätiologischen Zusammenhang zwischen der Bleivergiftung und der Mesenteritis als wahrscheinlich annehmen zu können, und weist auf die Bedeutung hin, die eine derartige Affektion für das Zustandekommen der Bleikolik haben kann.

Freudenberg (Berlin).

18. **Fux** (Laibach). Ein Beitrag zur Kochsalztransfusion als Prophylaktikum.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 31.)

Ein 21jähriger Bluter hatte sich 14 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus durch einen Dorn an der linken Hand verletzt. Die Wunde heilte nicht, es trat Gangrän auf; besonders aber brachten häufige, profuse Blutungen den Kranken sehr herunter. Die brandigen Partien wurden zwar entfernt, doch wurde die Anämie in Folge von wiederholten parenchymatösen Blutungen aus der Wunde so hochgradig, dass der Exitus des Pat. bevorstand. Es wurde deshalb eine Kochsalztransfusion gemacht und ließ man 250,0 einer auf 40,0° erwärmten 0,6%igen NaCl-Lösung in eine Vene des rechten Armes mittels Irrigators einfließen. Der Erfolg war sehr gut; Pat. konnte nach einiger Zeit als geheilt entlassen werden.

Leubuscher (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.
Frerichs, Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Nothnagel, Rühle,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,
Prof. Dr. Binz in Bonn, Direktor Dr. Struck in Berlin,
redigirt von
L. Brieger, P. Ehrlich, D. Finkler, A. Fränkel,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 40. **Sonnabend, den 4. Oktober.** **1884.**

1. Reports to the scientific grants committee of the British Medical Association.

(Brit. med. journ. 1884. II. p. 149 ff.)

James Barr. Report on the causes and mechanism of the cardiac impulse.

Reichlich mit Kurven ausgestattete Arbeit über die Ursachen des Herzspitzenstoßes.

Der erste Theil der Kurve entsteht durch die Muskelkontraktion und den vom Blut gegen diese geleisteten Widerstand (?); am Schluss dieser Periode zeigen 1—2 Zacken den Schluss der Atrioventrikularklappen an.

Die spiralförmige Anordnung der Gefäße führt bei ihrer Füllung zur Rotation des Herzens nach unten und rechts. Eine Zacke nahe dem Gipfel ist der graphische Ausdruck dieser Bewegung.

Auch die spiralige Anordnung der langen Muskelfasern vorn auf

dem Herzen ist nicht ganz ohne Einfluss. Sie rotiren das Organ und bringen es etwas nach vorwärts bei ihrer Kontraktion.

Für Genaueres muss auf das Original verwiesen werden.

Astley Gresswell. Report on some organic phenomena in their relation to changes of environment observed during a voyage round the world in a sailing ship.

Verf. hat während einer Reise um die Welt in einem Segelschiff Untersuchungen angestellt über: 1) den Einfluss von Lichtschwankungen auf das Herz, die Athmung, die Pulskurve in der Radialis und die Temperatur in der Mundhöhle. Licht ist unter allen Umständen ein Reizmittel, ist der Schluss, zu dem er kommt, die Abwesenheit von Licht ein Beruhigungsmittel.

2) Über den Wechsel der Körpertemperatur.

In den Tropen wird der Gipfel der Tageskurve früher erreicht und hält die höchste Temperatur länger an, als in gemäßigten Zonen. Durch Anstrengungen etc. steigt die Kurve auffallend rasch; und andere Punkte, die im Original einzusehen sind.

3) Über den Wasseraustausch im Körper.

4) Über Seekrankheit.

Die Arbeit, reich an Details und Kurven, eignet sich nicht zum Referate.

Francis Imlach. Report on the transmissibility of bovine tuberculosis through milk to young animals.

Die Milch von 3 perlsüchtigen Kühen, deren Euter jedoch frei von der Affektion waren, wurde an Kälber, Schweine, Ziegen, Affen und Meerschweinchen verfüttert. Die betreffenden Thiere waren sehr sorgfältig ausgewählt und wurden sehr gut gehalten. Nur bei zwei Affen trat Tuberkulose ein. Jedoch ist die Krankheit gerade bei diesen Thieren so häufig, dass Verf. durch diese zwei Einzelfälle das Gesammtresultat nicht beeinträchtigt sieht.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

2. G. Gärtner. Über die Kontraktion der Blutgefäße unter dem Einfluss erhöhter Temperatur.

(Wiener med. Jahrbücher 1884. Hft. 1. p. 43—48.)

Bei Anwendung des neuen von Plössl angefertigten Projektionsapparates zeigten die Gefäße des Froschmesenteriums unter besonderen (ebenfalls im Original einzusehenden) Schutz- und Irrigationsvorrichtungen eine beträchtliche Kontraktion, sobald Wärmestrahlen auf sie koncentrirt wurden. Die Zusammenziehung, welche selbst zum Schwunde des Lumens führte, erfolgte gewöhnlich vom centralen Ende der Gefäße und betraf namentlich die makroskopisch sichtbaren Arterien und Venen; doch betheiligten sich auch die Kapillaren an der Kontraktion. Später wurden die Gefäße wieder weit, ohne jedoch das ursprüngliche Kaliber wieder zu erlangen. Verf. bringt diese

Erscheinung mit der hämostatischen Wirkung heißer Irrigationen in Zusammenhang. **Fürbringer** (Jena).

---

3. **Schiff.** Bericht über eine Versuchsreihe betreffend die Wirkungen der Exstirpation der Schilddrüse.

(Archiv f. exper. Path. u. Pharm. Bd. XVIII. Hft. 1 u. 2.)

Es fiel dem Verf. auf, dass die Versuchsthiere die Exstirpation der Schilddrüse sehr schlecht vertrugen, und dass sich bei ihnen eine Reihe interessanter Symptome zeigte, die S. genauer beobachtet und analysirt. Die Thiere starben ausnahmslos vom 4. bis zum 27. Tage nach der Operation. Das Allgemeinbefinden der Versuchsthiere ist durchgängig gestört, sie sind meistens somnolent, theilnahmlos, apathisch, die Bewegungen sind langsamer, zeitweise treten fibrilläre Muskelzuckungen auf, die Extremitäten zeigen eine auffallende Starre, zuckende Kontraktionen der Muskeln und bei weiterer Verbreitung derselben Steigen der Körpertemperatur. Alle diese Phänomene treten anfallsweise, manchmal mehrmals täglich auf. In einzelnen Fällen ist exquisiter Tetanus zu beobachten, so dass die Versuchsthiere Ähnlichkeit mit strychninisirten hatten, nur mit dem Unterschiede, dass Stoßen die Konvulsionen nicht auslöste. 2—3 Tage vor dem Tode ist meistens der Schlingakt beeinträchtigt. Auch die Sensibilität zeigt Anomalien. Die Thiere haben manchmal ein Kitzelgefühl, manchmal schwindet das Tastgefühl von der Peripherie nach dem Centrum zu. Vor dem Tode ist das Tastgefühl stets abgeschwächt, das Druckgefühl aber bleibt erhalten. Die Reizbarkeit der motorischen Zone im Gehirn leidet. Der Blutdruck sinkt unmittelbar vor dem Tode sehr erheblich. In einzelnen Fällen trat Zurückbleiben des Wachsthums auf, in anderen konnte Ödem konstatirt werden. Die Analogie der Experimente mit dem am Menschen schon von verschiedenen Seiten (Billroth, Falkson) bei Kropfexstirpationen beobachteten Tetanus ist evident. **E. Stadelmann** (Königsberg).

---

4. **W. Salomon.** Über die Vertheilung der Ammoniaksalze im thierischen Organismus und über den Ort der Harnstoffbildung. (Aus dem chem. Labor. des pathol. Inst. zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. p. 149.)

In einer bekannten ausgezeichneten Arbeit hat W. v. Schröder unter Schmiedeberg's Leitung die Frage nach dem Orte der Harnstoffbildung im thierischen Organismus entgültig entschieden. Schon vor dem Bekanntwerden dieser Untersuchung hatte S. auf E. Salkowski's Anregung sich mit dem gleichen Thema zu beschäftigen begonnen, suchte allerdings ursprünglich auf einem anderen Wege als Schröder zum Ziele zu gelangen. Während Schröder ammoniakhaltiges Blut durch die verschiedenen Organe leitete und das aus den Organen abfließende Blut auf Harnstoff untersuchte, um zu

sehen, in welchem Organe die schon von früheren Beobachtern konstatirte Umwandlung der Ammoniaksalze in Harnstoff stattfinde, bestimmte S. den Gehalt des Blutes und der Organe an Ammoniak und verfolgte die Veränderungen, welche der Ammoniakgehalt der Organe bei Einfuhr von Ammoniaksalzen in den Organismus und gleichzeitiger Nierenexstirpation erlitt. Waren die Nieren der Ort der Harnstoffbildung, so musste unter diesen Umständen eine Anhäufung von Ammoniaksalzen in den anderen Organen erwartet werden, stieg dagegen nach Einfuhr von Ammoniaksalzen und Nierenexstirpation der Ammoniakgehalt in den Organen nicht, so konnte daraus geschlossen werden, dass dieselben die Fähigkeit besitzen, sich des Ammoniaks zu entledigen und dasselbe in Harnstoff umzuwandeln.

Es war zu befürchten, dass bei einer Nierenexstirpation durch Retention von Wasser und Stoffwechselprodukten derartige Störungen in den Funktionen der Organe einträten, dass die vorliegende Frage sich auf diese Art gar nicht hätte entscheiden lassen können. Ein Vorversuch mit Unterbindung der Ureteren verminderte die Bedenken. Nach Unterbindung des Ureter und Einbringung von NH_4Cl und $NaCO_3$ in den Magen eines Kaninchens stieg der Ammoniakgehalt in Leber und Muskulatur nicht, es fand sich sogar weniger Ammoniak, als man der Einfuhr von NH_3 nach hätte erwarten müssen. Die Versuche mit Exstirpation der Nieren, vier an der Zahl, gaben ebenfalls das gewünschte Resultat. Nach Einfuhr von Salmiak resp. citronensaurem Ammoniak stieg der Ammoniakgehalt von Leber und Muskulatur nicht. Es bewies dies dem Verf., dass auch unabhängig von den Nieren die Umwandlung der Ammoniaksalze in Harnstoff erfolgt. Schon vor der Schröder'schen Arbeit waren Durchströmungsversuche intendirt, einer auch ausgeführt, aber im Großen und Ganzen resultatlos verlaufen. Spätere Versuche unter Benutzung der Methode von Schröder bestätigten die Angaben des letzteren und bewiesen, dass nicht nur beim Hund (Schröder) sondern auch bei den Pflanzenfressern (die Versuche wurden mit Hammellebern angestellt) die Leber das harnstoffbildende Organ sei. Auch am Muskel wurde ein Durchströmungsversuch ausgeführt, derselbe bestätigte ebenfalls die Angabe von Schröder, dass der Muskel nicht die Fähigkeit Harnstoff zu bilden besitzt. S. macht hierbei gleichzeitig die neue und sehr bemerkenswerthe Beobachtung, dass beim Durchleiten von Ammoniak durch den Muskel Ammoniak verschwindet (vgl. den obigen Versuch mit Ureterenunterbindung. Ref.). S. hält es für möglich, dass das Ammoniak zu Salpetersäure oxydirt werde.

F. Röhmann (Breslau).

---

5. **Ch. Firket** (Liège). Die Aktinomykose des Menschen und der Thiere.

(Revue de méd. 1884. No. 4.)

Die vorliegende systematisch gehaltene Arbeit, welche in der Revue de médecine erschien, ist die erste Äußerung von Frankreich

her über die neue Pilzkrankheit. Wenn Verf. auch nur an Thieren, besonders an Rindern seine Beobachtungen gemacht hat und gar keine neuen Fälle menschlicher Aktinomykose anzuführen weiß, die etwas Klärung in das mysteriöse Krankheitsbild hineinzubringen im Stande sind, so müssen wir auch für die Bereicherung der Geschichte der Krankheit und die Erweiterung resp. Sicherstellung unserer Kenntnisse von der Morphologie des Pilzes dankbar sein.

Die Arbeiten deutscher Autoren werden als grundlegend für die Bestimmung und Erkenntnis der Aktinomykose, besonders der des Menschen, in den Vordergrund gestellt. Auch italiänische Gelehrte, wie Sebastiano Rivolta und Perroncito, waren auf die sonderbaren Gebilde aufmerksam geworden, die sie in Kiefertumoren bei Rindern zu sehen Gelegenheit hatten. Die Beschreibung derselben, deren erste aus dem Jahre 1868 stammt, während die spätere Beobachtung von Rivolta so wie die von Perroncito (1875) der Bollinger'schen Publikation 2 Jahre vorausgehen, passt unfehlbar auf die nunmehr Aktinomyces genannten Gebilde. Aber am meisten interessant ist die Ehrenrettung der Franzosen selbst, indem schon Lebert im Jahre 1857 in seiner pathologischen Anatomie Abbildung und Beschreibung von den »grünlich gelben stecknadelkopfgroßen in dickem gelatinösem aus einem Thoraxabscess stammenden Eiter gefundenen Körpern« gegeben haben soll, die wiederum aus zwei Substanzen, einer weichen und einer harten, bestehen, von denen er die letztere unter dem Mikroskop strahlenförmig aussehend findet. Die Reaktionen werden mit Genauigkeit angegeben und Lebert glaubt demnach, dass man es mit chitinhaltigen Substanzen, vielleicht Resten von Parasiten zu thun habe. Merkwürdigerweise scheint Bollinger, der die Abbildung erwähnt, die Beschreibung nicht gelesen zu haben. Auch Robin hat im Jahre 1871 unter der Bezeichnung »krystalloide Bestandtheile« des Eiters dieselben Gebilde beschrieben.

Die Aktinomykose des Rindes wird einer ausführlichen Betrachtung unterzogen, von der nur die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung mehr interessiren dürften, während im Übrigen nichts gebracht wird, was nicht schon durch die Schriften von Bollinger, Ponfick und Israel bekannt geworden wäre. Denn zur Aktinomykose des Rindes gehören doch wohl die Details über den Bau des Pilzes, die freilich der Krankheit des Menschen untergestellt sind! Die Abschnürungen, welche Ponfick zwischen dem faden- und keulenförmigen Theil beschreibt, hat er nicht beobachten können, eben so wenig die Vacuolen und im Mycel die Harz'schen Basalzellen. Dagegen sah er Anschwellungen der Fäden im centralen Theil des Pilzes (Mycel), wofür er den Grund in Wachsthumsverhältnissen erblickt, er sah auch Fäden über die Region der Keulen hinausgehen und schließlich an den letzteren selbst eine doppelte Kontur, so dass er ihnen eine Membran, eine Hülle zuschreibt. Erwähnt sei noch eine besondere Form von dreifach getheilten Keulen, die er öfters beobachtet haben will.

Am häufigsten soll die Aktinomykose des Rindes außer in Deutschland in Italien — unter dem Namen Lupia — vorkommen. Perroncito, Rivolta, Nicellone und Vachetta haben sie auch bei Pferd und Hund gesehen.

Das Bild der menschlichen Aktinomykose entwirft der Verf. aus 28 aus der Litteratur gesammelten Fällen, die er in einer Tabelle zusammenstellt; er unterscheidet drei Typen dieser Krankheit, je nach dem Ausgangspunkt: die cervikale, dorsale und lumbo-abdominale Form. Jeder derselben reiht er die betreffenden Fälle unter und verweilt mit Vorliebe bei der mittleren Form und der von Canali beobachteten Lungenaktinomykose bei einem jungen Mädchen, die sich bei außerordentlich chronischem Verlauf an eine akute Bronchitis anschloss. Die lumbo-abdominale Klasse, für welche er nur zwei Fälle anführen kann, ist kürzlich durch Zemann bedeutend vermehrt worden.

In der Bestimmung der Natur der Aktinomykose ist Verf. auch nicht weiter vorgedrungen; er schwankt zwischen Ponfick und Johne, ob er den Pilz für einen höheren Spaltpilz, vielleicht eine Cladotrichee, oder für die Gonidienform eines anderen außerhalb des Körpers in anderer Form beobachteten Pilzes halten soll und scheint sich mehr dem letzteren zuzuneigen.

Einig ist Verf. mit Ponfick über die Klassifikation der Aktinomykose unter die infektiösen Granulationsgeschwülste. Die Mittheilung von O. Israel über die Züchtung der Aktinomyces scheint F. noch nicht bekannt gewesen zu sein. **Sperling** (Breslau).

---

6. **Hertzka.** Die Zuckerharnruhr. Mit einer ausführlichen Diätetik für Zuckerkranke.

(Feller's diätetischer Führer No. 1. Verlag von **H. Feller** in Carlsbad.)

Die auf dem Gebiete der Diätetik überaus rührige Verlagsfirma von Feller giebt mit dem vorliegenden Schriftchen den ersten Theil einer Serie von Arbeiten heraus, welche sich die Aufgabe stellen, dem Arzte und dem Kranken die zweckmäßigsten Fingerzeige für das diätetische Verhalten bei Krankheiten an die Hand zu geben, gegen welche unsere medikamentösen Waffen ziemlich ohnmächtig sind. Es ist dieses Unternehmen um so dankenswerther, als gerade diese so wichtige Seite der Therapie meist nur nebensächlich in den größeren Lehrbüchern behandelt wird, während doch keine andere Methode ähnlich gute Resultate wie die diätetische aufzuweisen hat.

Leider ist dem Schaffensdrange H.'s diese Aufgabe zu klein erschienen, und er hat desshalb eine vollständige klinische Abhandlung über den Diabetes geschrieben, in welcher der Diätetik nur ein relativ bescheidener Platz angewiesen wurde. Dazu lag aber nach den vorzüglichen Bearbeitungen, die wir über den Diabetes besitzen, um so weniger Veranlassung vor, als auch H. den bekannten Thatsachen kaum etwas Neues zuzufügen vermochte.

Was die Behandlung der Diabetes anlangt, so freuen wir uns, in H. einen Vertreter des Princips zu finden, dass das Ideal der Behandlung nicht in der Verminderung oder Vernichtung der Zuckerausscheidung zu suchen sei. H. kümmert sich nicht ängstlich darum, ob der Urin des Pat. einige Zehntel oder ein ganzes Procent Zucker mehr ausweist, sondern er legt sich immer die Frage vor: Wie befindet sich dabei der Pat.? Nimmt er zu, und wie fühlt er sich? Dieses Princip hat H. dazu geführt, die auf die Spitze getriebene antidiabetische Diät, wie sie z. B. Cantani handhabt, zu verwerfen und je nach der Beschaffenheit des betreffenden Falles seinen Pat. ein gewisses Quantum von Amylaceen zu gestatten. Seine Pat. beten nicht vergebens: »Gieb uns unser täglich Brot«, und dennoch bleibt die Erhörung dieses Gebetes ohne schädliche Folge für ihren Körper.

Wenn das kleine Buch nichts bewirkte, als eine möglichst weite Verbreitung dieses Grundsatzes, so hätte es mehr Verdienste sich zuzuschreiben, als tausend andere Erzeugnisse unseres Büchermarktes.

Unverricht (Breslau).

---

7. **F. A. Goodridge.** On Hyperpyrexia.

(Practitioner 1884. Juli.)

Gewisse Vorgänge im Organismus sind im Stande, die Temperatur in hohem Grade zu steigern, Hyperpyrexie zu erzeugen. Die excessive Wärmeerzeugung beim Tetanus, die gehemmte Wärmeabsonderung beim Hitzeschlag, die aufgehobene Wärmeregulation durch Lähmung des wärmeregulirenden Centrums haben eine beträchtliche Erhöhung der Temperatur zur direkten Folge. Von diesen Processen unterscheidet sich ursächlich das Fieber, welches mit jenen Zuständen nur die Erhöhung der Körpertemperatur gemeinsam hat. Das Fieber verdankt seinen Ursprung septischen oder anderen fiebererzeugenden Stoffen. Verf. glaubt, dass auch andere Vorgänge Hyperpyrexien zu erzeugen im Stande sind, wie ihm aus seinen Beobachtungen über die rheumatischen Fieber hervorzugehen scheint. Es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, dass in gewissen Fällen von rheumatischen Fiebern durch die Unterdrückung der kopiösen Schweißabsonderungen die Temperaturen einen excessiv hohen Grad erreichen, eine rheumatische Hyperpyrexie hervorbringen können. Bei der Behandlung derartiger Fieber muss die dringendste Indikation darin bestehen, in jeder Weise die Hauttransspiration zu begünstigen. Die Furcht vor Erkältung treibt aber häufig genug zu der sehr unzweckmäßigen Behandlung mit Einwicklungen und Verpackungen. Bei einem derartigen Verfahren sah Verf. einen Pat., welcher an einer fieberhaften Polyarthr. rheum. act. litt, unter allmählichem Aufsteigen der Temperatur in Konvulsionen verfallen, die den letalen Ausgang herbeiführten. In einem anderen Fall traten in Folge der Einwicklungen bei einer Pat., die am Gelenkrheumatismus litt, ebenfalls Hyperpyrexie und Konvulsionen auf; die Erscheinungen ließen sofort

nach, als die Flanelleinpackungen weggelassen und lauwarme Bäder verordnet wurden.

Es giebt aber auch Formen von Hyperpyrexie, welche in anderer Weise entstehen. So behandelte Verf. einen jungen Mann an einem akuten Gelenkrheumatismus. Längere Zeit hindurch fieberte der Pat. nur mäßig, plötzlich trat innerhalb einiger Stunden eine bedeutende Temperaturerhöhung auf, obwohl salicylsaures Natron längere Zeit angewandt und der Hautthätigkeit die größte Aufmerksamkeit gewidmet worden war; Pat. starb unter Delirien. Verf. schreibt die Schuld an der Hyperpyrexie in diesem Falle einem Misserfolg in der wärmeregulirenden Thätigkeit der Haut zu, herbeigeführt durch eine völlige Erschöpfung des erkrankten Organismus. Die Erschöpfung, welche wahrscheinlich eine Lähmung des wärmeregulirenden Centrums zur Folge hatte, schien durch die intensive Schmerzhaftigkeit der befallenen Gelenke und durch ein Vitium cordis bedingt zu sein. Demnach glaubt der Verf. einer Hemmung der Wärmeregulirung jene Fälle von rheumatischer Hyperpyrexie zuschreiben zu müssen, bei denen die Temperatur plötzlich aufsteigt und extrem hoch wird. Vielleicht bildet die Hemmung der Wärmeregulirung auch eine Erklärung für die präagonale Temperaturerhöhung. Hyperpyrexie kann aber auch in der Heftigkeit des Fieberprocesses selbst seinen Grund haben. Wahrscheinlich ist hier die excessive Wärmeproduktion hervorgerufen durch die Intensität des pyrogenen Agens. Die Pyrexie hat dann einen mehr kontinuirlichen Verlauf ohne besondere Remissionen und Exacerbationen. Endlich scheint es noch Hyperpyrexien zu geben, welche zum Theil als zufälliges Ereignis bei akuten fieberhaften Krankheiten auftreten, zum Theil aus bisher noch unbekannten Gründen entstehen. **Peiper** (Geifswald).

---

8. **Bienstock.** Über die Bakterien der Fäces.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VIII. p. 1.)

Verf. stellte seine Versuche zur Trennung der im gesunden menschlichen Darm vorkommenden Bakterien mit durchsichtigem festem Nährboden an, welcher aus 1,5% Agar-Agar, 1% Pepton und 0,5% Fleischextrakt bestand und mit kohlensaurem Natrium neutralisirt war. Dieser Nährboden ist bei 40—41° eben noch flüssig. 200 ccm dieser eben noch flüssigen Nährgelatine wurden mit 20 ccm eines verdünnten Infuses der Fäkalbakterien innig gemischt in einer flachen, mit Glasdeckel verschlossenen, sterilisirten Schale. Nach der Mischung blieb die Schale so lange bei Zimmertemperatur stehen, bis Erstarrung eingetreten war und wurde dann in den Wärmekasten gesetzt; in diesem konnte die Temperatur bis zu 39° betragen, ohne dass Verflüssigung der Gelatine eintrat. Das Verfahren ist in den Grundzügen dasselbe, wie die von Koch seit längerer Zeit statt der ursprünglichen Objektträgerkulturen angewandte Plattenkultur.

Als ein principiell wichtiges Ergebnis bezeichnet Verf., dass nur

die Gruppe der Bacillen in den Fäces des gesunden Darmes vertreten sei, und erklärt dies dadurch, dass nur diese Bakterien in Folge der Bildung von Dauersporen im Stande seien, der durch den Salzsäuregehalt antiseptischen Wirkung des Magensaftes zu widerstehen. Wegen des Fehlens von Dauersporen bei den zu den Vibrionen Cohn's zu rechnenden und von Koch als möglicherweise in den Entwicklungscyklus von Spirochäten hineingehörig bezeichneten sog. Cholerabacillen, dürfte es interessiren, dass B. Zahnschleimspirochäten nie im Darm fand. Verf. glaubt, konform der oben mitgetheilten Ansicht, hierin einen Beweis sehen zu müssen, dass die Spirochäten keine Sporen bilden.

Als integrirenden Theil der normalen Fäces erklärt B. 5 Arten von Bacillen. Zwei dieser durch Mangel an Eigenbewegung gekennzeichneten Stäbchen sind mikroskopisch vom B. subtilis, der im Darm nicht vorkommen soll, nicht zu unterscheiden, während sie sich makroskopisch leicht als besondere Formen erkennen lassen, indem der eine in Form eines Mesenteriums, der andere in Traubenform sich auf der Gelatine ausbreitet. Auch ihre Entwicklung, in der sie beide übereinstimmen, unterscheidet sie vom B. subtilis. Die Sporenfärbung gelingt durch Fuchsin-Anilin in der Wärme und nachträgliche Entfärbung in Salpetersäure, während sich durch Methylenblau bei gleichem Verfahren nur die Peripherie färbt. Durch Nachfärben mit Methylenblau wie bei der Ehrlich'schen Methode der Färbung der Tuberkelbacillen erhält man dann die rothen Sporen in den blauen Bacillen. Die Spore streckt sich, wird mehr und mehr stäbchenförmig, und von beiden Polen her nach der Mitte zu geht die roth gefärbte »Sporensubstanz« in die blau gefärbte »Stäbchensubstanz« über, so dass schließlich in der Mitte keine sich roth färbende Substanz mehr vorhanden ist und das einfach blau gefärbte Stäbchen resultirt. Bestimmte Beziehungen dieser beiden Bacillen zu fermentativen Processen des Darmkanals fand Verf. nicht.

Ein dritter, sehr langsam, dem Bacillus der Mäuseseptikämie ähnlich wachsender, aber von ihm verschiedener Bacillus war für Mäuse und Kaninchen pathogen.

Als vierten Bacillus beschreibt B. den »specifischen Spaltpilz der Eiweißzersetzung« oder, wie er später selbst beschränkend und berichtigend angiebt, der »stinkenden Fäulnis«, der in den Kulturen wenig Charakteristisches bot. Die aus den Sporen hervorgegangenen Stäbchen gliedern sich oft bis zur mikrokokkenartigen Rosenkranzform; dann, vielleicht aber auch oft ohne dieses Zwischenstadium, folgt eine Kurzstäbchenform und schließlich die Sporenbildung. Die mikrokokkenartigen Gebilde waren im Gegensatze zu den echten Mikrokokken beweglich. Die Sporen bildeten sich endständig, so dass eine »Trommelschlägerform« (früher Köpfchenbakterien genannt) resultirte, wie sie bei Zersetzungen mit Pankreas wiederholt beobachtet worden war.

Aus Fibrin bildeten diese Bacillen bei Luftzutritt sowohl als bei

Luftabschluss Pepton, Leucin, Indol, Phenol, flüchtige Fettsäuren, aromatische Oxysäuren, Ammoniak, Schwefelwasserstoff; aus Leim Peptone, Glycocoll, Naphthylamin. Das Nichtauffinden von Tyrosin und Skatol erklärt B. aus seiner Versuchsanordnung. Weiter ermittelte Verf., »dass jedes einzelne der bei der Eiweißzersetzung der Reihe nach auftretenden Produkte, mit unserem Bacillus inficirt, die nächst folgenden Produkte der Spaltungsreihe liefern«, indem aus Fibrin Propetone und Peptone, aus Pepton dessen weitere Derivate, aus Tyrosin Paraoxybenzoesäure und Phenol, aus Paraoxybenzoesäure Phenol gebildet wurde. Auf Stärke und Milchzucker wirkte der Bacillus nicht. Derselbe fehlte konstant in den Stühlen von Säuglingen, die nie mit etwas Anderem als mit Milch ernährt worden waren. Dies erklärt B. daraus, dass diese Bacillen Kaseïn und Alkalialbuminate nicht verändern, und er sieht hierin den Grund für das Fehlen des fäkalen Geruches der Säuglingsstühle. **Hueppe** (Wiesbaden).

---

9. **M. Weiss.** Über Phosphorbehandlung der Rachitis.

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 25.)

Angeregt durch die von Kassowitz mitgetheilten Erfolge der Phosphorbehandlung bei der Rachitis hat W. eine Reihe von 8 Fällen von Rachitis bei Kindern zwischen 6 und 27 Monaten genau nach den von Kassowitz gegebenen Vorschriften behandelt. Es wurde pro die $^1/_2$ mg Phosphor in der Form des Linctus gummosus phosphoricus verordnet und die Behandlung stets mehrere Monate hindurch fortgesetzt.

Das Resultat der Behandlung steht dem von Kassowitz mitgetheilten schroff gegenüber, wobei allerdings zu bedenken bleibt, dass das Beobachtungsmaterial der vorliegenden Arbeit gegenüber dem von Kassowitz erbrachten nur minimal erscheint. Nur in einem Falle war eine sichtliche Besserung der rachitischen Erscheinungen nach Verbrauch von 0,04 g Phosphor zu konstatiren. Einmal ganz geringe Besserung, die einem Stationärbleiben gleichkommt. Dreimal bleiben die Erscheinungen konstant, dreimal Verschlimmerung und Fortschreiten des rachitischen Processes. Ein Einfluss der Phosphorbehandlung auf die Schädelrachitis und den Laryngospasmus wurde fast immer vermisst; ebenso negativ sind die Resultate in Bezug auf die Thoraxrachitis und die Erscheinungen seitens der Respirationsorgane.

Auch der von Kassowitz angegebenen Besserung der Stützfunktionen der Wirbelsäule und Extremitäten, so wie der Erlangung oder Wiederherstellung der Lokomotionsfähigkeit widerspricht eine Beobachtung des W.schen Materials.

Erbrechen und Diarrhöe nach längerem Gebrauche traten zweimal auf, sonst wurde das Mittel von den Kindern gern genommen.

(Jedenfalls kann es nur dienlich sein, wenn derartige widersprechende Resultate veröffentlicht werden, damit wir uns nicht in

die Illusion hineinleben, ein Mittel gegen die verheerende Rachitis zu haben. Ref. kann bei dieser Gelegenheit nicht umhin, zu bemerken, dass er selbst in 2 Fällen schwerer Rachitis einen geradezu eklatanten Erfolg der Phosphorbehandlung nach ziemlich kurzer Zeit gehabt hat.) **M. Cohn** (Hamburg).

---

10. G. v. Liebig (Reichenhall). Naphthalineingießungen gegen Darmpilze.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1884. No. 29.)

Die Empfehlung Rossbach's bezüglich der antiseptischen Wirkung des Naphthalins bei infektiösen Darmkatarrhen gab den Anlass ab zur Anwendung dieses Mittels in einem Falle von Katarrh des Dickdarms bei einem 7jährigen Knaben. Die namentlich in der Nacht auftretenden, mit Schleim und frischem Blut vermischten Entleerungen, zeigten bei mikroskopischer Untersuchung eine außerordentliche Menge von Stäbchen und Kokken. Nach 5wöchentlichem Bestande des Leidens wurden Eingießungen in den Mastdarm mit Naphthalinum recristallisatum albissimum gemacht, welches in heißem Wasser suspendirt und mit $^1/_2$ Liter Kamillenaufguss versetzt war. Die Eingießungen erfolgten Morgens und Abends und wurden jedes Mal dazu 0,15 Naphthalin verwendet. Nach 5 Tagen war die Krankheit gehoben. Die nun vorgenommene Untersuchung des Stuhles ergab eine bedeutende Verminderung der Pilze gegen früher.

Leubuscher (Breslau).

---

11. Krannhals. Über das kumysähnliche Getränk »Kefir« und über den »Kefir«-Pilz.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXV. p. 48.)

Der Kefir der kaukasischen Bergvölker besteht aus blumenkohlähnlichen gelblichweißen Körnern bis zu Haselnussgröße. Der Zusatz dieser Körner zur Milch erregt in derselben neben der Milchsäurebildung eine alkoholische Gährung. Die Bergvölker bereiten das Getränk in Schläuchen von Ziegenleder, Schlauchkefir. Für medicinische Zwecke wird er besser so dargestellt, dass die mit den Körnern versetzte Milch nach 8—24 Stunden durch ein Sieb oder Musselin in Flaschen filtrirt wird, in welchen sie unter häufigem Schütteln die Gährung durchmacht; dies ist der Flaschenkefir. Für neuen Kefir kann man zum Inficiren der Milch statt der Körner auch den Flaschenkefir benutzen. Am zweiten Tage hat die Gährung meist den für diätetische Zwecke besten Grad erreicht; der Kefir ist dann nach dem Schütteln gleichmäßig rahmähnlich, von säuerlichem, an die Buttermilch erinnerndem Geschmack und Geruch. Später wird das Getränk stärker sauer und flüssiger.

Die Körner bestehen aus Bakterien und Hefezellen. Beim »Sauerwerden« der Körner herrscht die Milchsäurebildung vor, während die »Verschleimung« der Körner ein fades süßliches Getränk veranlasst.

Die Hefe ist als eine Kulturhefe zu betrachten, welche sich durch Knospung vermehrt. Unter den Bakterien erwähnt Verf. nur die für die Kefirgährung specifischen Bacillen, welche sich durch Theilung vermehren und fast immer unter geeigneten Verhältnissen an beiden Enden Sporen bilden (von Kern desshalb als Dispora caucasica bezeichnet); einige Mal beobachtete Verf. einen Zerfall des ganzen Stäbchens in ovale Körperchen.

Die chemische Wirkung der Kefirkörner setzt sich aus drei Faktoren zusammen, indem ein Theil des Zuckers in Milchsäure, ein anderer Theil in Alkohol und Kohlensäure zerlegt und ein Theil des Kaseïns und Albumins peptonisirt wird. Bei Temperaturen über 25° herrscht die Milchsäurebildung vor, während bei 13—14° die drei Umsetzungen im richtigen Verhältnisse neben einander verlaufen. Das Kaseïn bildet feine Flocken, welche sich bei ruhigem Stehen an der Oberfläche sammeln, während unter demselben sich eine ziemlich klare Molke bildet. Beim Schütteln tritt eine gleichmäßige Emulsion ein.

Eins geht aus den bisherigen Mittheilungen hervor, dass Kefir ein wichtiges diätetisches Heilmittel ist, welches bei Magen-Darmkatarrhen und zur Hebung des Allgemeinbefindens bei Chlorose, Phthise und ähnlichen Zuständen Beachtung verdient, weil es dem Kumys durch die günstige chemische Beeinflussung des Kaseïns überlegen ist und noch gut vertragen wird, wo Milch nicht mehr genommen wird.

Hueppe (Wiesbaden).

---

12. **H. Chiari.** Zur Lehre von den durch die Einwirkung des Magensaftes bedingten Veränderungen in der Ösophaguswand.

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 28.)

Man kennt 3 Formen der durch Einwirkung des Magensaftes auf die Ösophaguswandung hervorgerufenen Veränderungen. 1) Die einen häufigen Leichenbefund bildende postmortale Ösophagomalacie. 2) Die bei schweren sonstigen Erkrankungen bereits in der Agone eintretende intramortale Ösophagomalacie. 3) Eine bei sonst ganz gesunden Individuen plötzlich auftretende Erweichung des Ösophagus. Für das Vorkommen der letzten Form sprechen einmal die Fälle von sog. reiner spontaner Ruptur des Ösophagus, dann die Beobachtungen über das Auftreten selbständiger »peptischer« Geschwüre des Ösophagus. Diese letzteren können zu Stande kommen wenn eine Reihe von Momenten zusammenwirken. 1) Eine genügende Menge sauren pepsinreichen Magensaftes; 2) Regurgitation desselben in den unteren Ösophagusabschnitt; 3) längeres Verweilen daselbst; 4) genügende Körperwärme; 5) Aufhebung oder Abschwächung der Cirkulation. Verf. beobachtete einen Fall von peptischer Ulceration im Ösophagus bei einer 58jährigen Frau, die einer eingeklemmten Hernie wegen operirt worden war und an eitriger Peritonitis 17 Tage nach der Operation zu Grunde ging. Vor der Herniotomie hatte wiederholt Erbrechen bestanden,

eben so während der Peritonitis. Bei der Sektion fand sich der untere Ösophagusabschnitt eingenommen von einem umfänglichen Geschwürsprocess, der sich scharf von der Cardia absetzte und nach oben hin streifig auslief. Stellenweise reichte der Defekt bis auf die Längsschicht der Muskulatur. Der Geschwürsfläche hingen an vielen Stellen schwärzliche Gewebsfetzen an, die mikroskopisch auf durch Magensaft verändertes Blutextravasat hinwiesen. Der Grund des Geschwürs zeigte deutlich entzündliche Infiltration. Schleimhaut der Mundhöhle, des Pharynx, des oberen Ösophagus, des Magens war intakt. **Leubuscher** (Breslau).

---

13. **Hampeln.** Zur Symptomatologie occulter visceraler Carcinome.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VIII.)

So einfach und sicher unter Umständen die Diagnose carcinomatöser Erkrankungen des Magens und Darmes sein kann, so schwierig gestaltet sie sich in einzelnen Fällen, wo nahezu alle in den Lehrbüchern angeführten Symptome fehlen. In solchen Fällen deutet manchmal ein ausgesprochener Krebsmarasmus mit ziemlicher Sicherheit auf die Diagnose hin, doch darf dabei nicht vergessen werden, dass der sog. Krebsmarasmus nichts Specifisches besitzt und gelegentlich auch mit marantischen Zuständen aus anderen Ursachen verwechselt werden kann.

H. theilt nun eine Reihe von Fällen mit, welche die bei solchen Situationen zur Geltung kommenden diagnostischen Grundsätze illustriren sollen. Er unterscheidet:

1) Fälle, in welchen wegen des Marasmus, welcher als einziges Krankheitssymptom auffällig mit dem Alter der Kranken kontrastirt, die Diagnose eines Carcinoms gestellt werden darf.

2) Fälle, in welchen trotz desselben Marasmus diese Diagnose unberechtigt erscheint, weil der Marasmus seniler Natur sein kann und

3) Fälle, in welchen verschiedene Erkrankungen ein Carcinom vortäuschen oder umgekehrt durch dasselbe vorgetäuscht werden.

Zum Schlusse versucht H. durch die Krankengeschichte zweier Fälle das Vorkommen eines intermittirenden Carcinomfiebers zu beweisen, scheint uns aber desshalb in der Auswahl nicht glücklich gewesen zu sein, weil in beiden Fällen geschwürig zerfallene, zum Theil mit der Umgebung (doch wohl auf dem Wege der Entzündung!) verwachsene Neubildungen vorlagen. **Unverricht** (Breslau).

---

14. **Baréty.** De l'auscultation des bruits oesophagiens pendant la déglutition et des modifications de ces bruits dans certaines états pathologiques thoraciques.

(Revue de méd. 1884. No. 8.)

Gerade in der allerjüngsten Zeit sind verschiedene Arbeiten über Schluckgeräusche veröffentlicht worden, so von Kronecker und

Zenker. Unabhängig von diesen hat B. seine Beobachtungen in der Praxis angestellt und zwar richtete er weniger sein Augenmerk auf die Eruirung der physikalischen Bedingungen für das Zustandekommen, als vielmehr auf die Veränderung, welche das Schluckgeräusch mit Bezug auf seine Intensität, seine Klangfarbe und den Sitz seines Auftretens erleidet. Er konstatirte hierbei, dass normalerweise beim Auskultiren die Schluckgeräusche zwischen den Schulterblättern am lautesten erscheinen und zwar links von der Wirbelsäule stärker wie rechts. Von pathologischen Zuständen, welche zunächst ihren Einfluss auf die Intensität der Geräusche entfalten, ist vor Allem die tuberkulöse Infiltration der Lungenspitzen zu nennen; denn hierbei ist auf der erkrankten Seite das Schluckgeräusch stärker oder bei doppelseitiger Spitzenaffektion da, wo die Erkrankung am weitesten um sich gegriffen hat.

Eben so wie die Intensität kann auch die Klangfarbe (timbre) mannigfache Modifikationen erfahren, zumal ist dies zu beobachten bei pleuritischen Ergüssen. B. glaubt, dass die Schluckgeräusche weit mehr Aufmerksamkeit verdienten als bisher, wo man sie nur beachtet, um durch sie Veränderungen im Ösophagus, fast ausschließlich Strikturen, zu eruiren. **Prior** (Bonn).

Kasuistische Mittheilungen.

15. K. Dehio (Dorpat). Zwei Fälle von doppelseitiger Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei postici.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 26—28.)

Ein 43jähriger Maschinentechniker, der bereits im Sommer 1882 an einer Parese der beiden Mm. crico-arytaenoidei postici gelitten hatte, erkrankte im Juli 1883 nach einer starken Erkältung aufs Neue mit heftiger Athemnoth und lautem stenotischen Athmen. Als er, bereits auf verschiedene Weise behandelt, im Februar 1884 zur Beobachtung kam, war der Befund folgender: Das Inspirium ist verlängert, 14—15 Athemzüge in der Minute; bei ruhigem Athmen hört man ein leises stenotisches Inspirationsgeräusch, welches bei forcirten Athemzügen in einen lauten, heulenden Ton übergeht. Die Exspiration ist nicht merklich behindert. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt chronischen Katarrh, namentlich der Stimmbänder. Die Proc. vocal. berühren sich mit ihren Spitzen sowohl beim In- als beim Exspirium. Auch bei forcirten Inspirationen weichen sie nicht von einander. Zwischen den inneren unteren Kanten der Aryknorpel befindet sich nur ein nähnadelfeiner Spalt, als Andeutung der Glottis respiratoria. Die Kuppen der Aryknorpel mit D. cartig. Santorin. stehen etwa 4 mm weit von einander. Die freien Ränder der Stimmbänder berühren sich beim Exspirium nicht, sondern lassen einen 2 mm breiten bogenförmigen Spalt zwischen sich. Mit dem Beginn des Inspiriums strecken sich die Stimmbänder und nähern sich der Mittellinie, so dass sie sich fast berührend nur einen feinen Spalt zwischen sich lassen, durch welchen die Inspirationsluft hindurchstreicht. Dieses inspiratorische Zusammentreten der Stimmbänder erscheint durch aktive Kontraktion der Mm. thyreo-aryt. hervorgebracht zu sein, nicht durch passive Aspiration und überwiegenden Druck

des inspiratorischen Luftstromes. Erstens trat die inspiratorische Verengerung isochron mit dem Beginn der Inspiration ein und ließ genau mit dem Ende derselben nach; zweitens blieb die Weite und Enge des Spaltes unabhängig von der Stärke der Inspiration; drittens war von einer Einwölbung der Stimmbänder nach unten hin nichts zu bemerken, sondern sie erscheinen während der Inspiration geradlinig und gespannt. Beim Phoniren spannten sich die Stimmbänder eben so wie beim Inspiriren, doch näherten sich hierbei die Spitzen der Aryknorpel und legten sich an einander. Ein zweiter Fall von Posticuslähmung, dessen Krankheitsbild aber durch Lähmungen anderer Kehlkopfmuskeln komplicirter ist, betraf eine hochgradig tuberkulöse Frau. Man fand bei ihr völlige Unbeweglichkeit des linken Aryknorpels, völlige Lähmung des linken Stimmbandes. Das rechte Stimmband stand fast in der Mittellinie, machte bei Athmung und Phonation nur wenig ausgiebige Bewegungen, eben so war nur eine geringe Beweglichkeit des rechten Aryknorpels vorhanden. Bei tieferen Athemzügen wurden beide Stimmbänder, wie »zwei vom Winde erfasste Segel« mit ihren Flächen nach innen und unten gezogen, so dass die Glottis stark verengt wurde. In diesem Falle waren also auch die Mm. thyreo-aryt. gelähmt. **Leubuscher** (Breslau).

16. J. **Kranold** (Osnabrück). Zur Kasuistik der Wanderleber. (Aus der Tübinger Poliklinik.)

(Med. Korrespondenzblatt des Würtemb. ärztl. Landesvereins 1884. No. 21 u. 22.)

Eine 38jährige Frau, die 11mal geboren hatte, klagte wenige Tage nach der letzten Geburt über Druckgefühl und ziehende Schmerzen im Kreuz; daneben litt sie an Obstipation und Appetitlosigkeit. In Folge schwerer Arbeit verschlimmerten sich diese Beschwerden.

Die vorgenommene Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Tumors in der rechten Hälfte des Abdomens, welcher durch seine Größe und seine Konfiguration als die in Bezug auf Ort und Stellung total verlagerte Leber erkannt wird. Der abhängigste Punkt des Tumors wird gebildet von dem rechten stumpfen Rande des Organs und liegt in der Höhe der Linea innominata des Beckens. Der vordere scharfe Rand ist nach links gerichtet und verläuft in einer steilen Linie schräg von unten rechts nach oben links. Die Einkerbungen am Leberrande sind deutlich zu fühlen. Die obere konvexe Fläche der Leber ist nach vorn gerichtet. Zwischen der unteren Lungengrenze (in der rechten Mamillarlinie) und der oberen Lebergrenze ist vorn wie hinten lauter tympanitischer Darmton zu finden. Die Oberfläche der Leber ist glatt. Der Tumor lässt sich nach links hin verdrängen; in seine normale Lage ist er nicht völlig reponirbar. Während der nächsten Wochen treten spontane Schmerzen in der Lebergegend und starke Druckempfindlichkeit auf. Man kann jetzt an der Oberfläche Prominenzen fühlen, auch Ascites stellt sich ein. Die früher tympanitisch schallende Zone zwischen Lunge und Leber erscheint jetzt gedämpft. Wegen des starken Ascites wird weiterhin die Punctio abdominis gemacht, die in der Folgezeit noch zweimal wiederholt wird. Die Beweglichkeit des Tumors ist während der Beobachtung viel geringer geworden, die Lagerung des Tumors hat sich so geändert, dass die Incisur wieder gerade nach unten gerichtet ist. Die Zahl der Prominenzen an der Leberoberfläche hat sich bedeutend vermehrt, das Vorhandensein von Knoten im Netz konnte ebenfalls konstatirt werden. Unter allgemeinem Kräfteverfall erfolgte (ca. 7 Wochen nach der Aufnahme) der Tod. Der Sektionsbefund bestätigte die klinische Diagnose: Wanderleber, später Lebercarcinom, Carcinom des Bauchfells und seiner Adnexa, Thrombose der Pfortader. Das Lig. suspensorium hepatis zeigte sich verlängert, es misst von der Leberoberfläche bis zur Insertionsstelle $4^1/_2$—5 cm; die Stellung des linken und rechten Leberlappens zum Bauchraum ist jetzt normal, nur erscheint das ganze Organ etwas um die Sterno-vertebral-Achse gedreht. Die Länge der Bandverbindung zwischen linken Leberlappen und Zwerchfell beträgt 18 mm. Die Leber ist in toto bedeutend vergrößert.

Die Diagnose Wanderleber ist nicht nur durch den Befund intra vitam sicher-

gestellt, sondern auch durch die Sektion, da die Leber sich nicht an ihrem normalen Orte, sondern senkrecht darunter befand. Außerdem sind die Bänder der Leber verlängert, obgleich durch die in Folge des Carcinoms hervorgerufene peritonitische Reizung eher eine Verkürzung derselben bewirkt worden ist. An eine Aufzählung sämmtlicher, bisher bekannten Fälle von Wanderleber knüpft Verf. sodann eine Übersicht der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie der Wanderleber und schließt sich für den vorliegenden Fall der Meissner'schen Hypothese an, dass zur Entstehung der Wanderleber eine angeborene Anomalie der Befestigungsbänder der Leber nothwendig sei, in der Weise, dass dieselben überall eine vollkommene Bauchfellduplikatur bildeten. Durch das Hinzukommen von verschiedenen Momenten würden sie dann gedehnt und verlängert werden können. Diese Momente sind im vorliegenden Falle gegeben durch die vielen Geburten, die sehr dünnen, schlaffen Bauchdecken, die schwere Arbeit der Frau.

Leubuscher (Breslau).

17. **M. Treymann** (Riga). Typhus recurrens mit Ikterus und Hämaturie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 25.)

Eine 36jährige Frau wird im Stadium großer Apathie aufgenommen. Starker Ikterus, zahlreiche Petecchien bis zur Erbsengröße sind vorhanden, Milz und Leber sind vergrößert, eben so die auf Druck empfindliche Gallenblase. Die Temperatur ist subnormal (35,7), Puls schlecht gespannt. Es besteht Durchfall mit blutigen Stühlen, eben so ist im Urin viel Blut. Zwei Tage nach Aufnahme dieses Befundes tritt ohne vorhergegangenes Frostgefühl Temperatursteigerung bis 40° ein. Im Blute werden die Rekurrensspirillen gefunden. Drei Tage später Tod. Die Sektion bestätigte die gestellte Diagnose: Icterus universalis levis, Tumor lienis et hepatis, Nephritis parenchymatosa acuta. **Leubuscher** (Breslau).

18. **Deghilage.** Névralgie du trijumeau, accompagnée de troubles trophiques.

(Archives méd. belges 1884. April.)

Entwicklung einer circumscripten Alopecie im Anschluss an eine Trigeminusneuralgie. Pat., ein Soldat, zeigte schon vorher eine circumscripte Alopecie der linken Seite, dicht oberhalb der Stirn, von der Größe zweier Fünffrankstücke, angeblich im Verlaufe von »Kopfschmerzen« entstanden. Während seines Aufenthaltes im Lazarett, in welches er als Rekonvalescent einer unklaren Brustaffektion aufgenommen, wurde er von einer Trigeminusneuralgie der rechten Seite mit äußerst heftigen nächtlichen Schmerzparoxysmen befallen. Es stellten sich entsprechend den seitlichen und hinteren Partien der rechten Kopfhälfte leicht geschwollene und geröthete, auf Druck schmerzhafte Plaques ein, in deren Bezirk innerhalb der dreiwöchentlichen Dauer der Affektion die Haare völlig ausfielen.

Freudenberg (Berlin).

19. **A. Haig.** Influence of diet on headache.

(Practitioner Vol. XXXIII. No. 2.)

Bei einem 30jährigen Manne, der seit seinen Kinderjahren an außerordentlich heftiger Migraine litt, so heftig, dass er während der Anfälle, die namentlich im Winter 2—3mal wöchentlich auftraten, nicht im Stande war, irgend wie zu arbeiten, bewirkte schließlich eine Diät mit völligem Ausschluss des Fleisches, definitive Heilung. Die Anfälle kehrten aber jedes Mal zurück, sobald Pat. rohes Fleisch aß. Die diätetische Behandlung wurde dadurch unterstützt, dass der Kranke jeden Abend 2—3 Glas heißen Wassers trinken musste. **Leubuscher** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 41. **Sonnabend, den 11. Oktober.** **1884.**

1. J. Seegen. Zucker im Blute, seine Quelle und seine Bedeutung.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIV. p. 388.)

Die Arbeit von S. hat den Zweck neue Beweise für seine Ansicht, dass der Zucker in der Leber sich nicht aus den Kohlehydraten, wie bisher allgemein angenommen wird, sondern aus den Eiweißkörpern der Nahrung bildet, beizubringen. Von diesem Standpunkte aus untersucht S. den Zuckergehalt des Blutes in verschiedenen Gefäßprovinzen. Zuvor aber überzeugt er sich selber noch einmal von der Natur des Blutzuckers und findet durch Bearbeitung einer größeren Menge defibrinirten Ochsenblutes, dass derselbe Traubenzucker ist.

Zur quantitativen Bestimmung misst er das Blut, koagulirt, enteiweißt mit essigsaurem Eisen und titrirt mit Fehling'scher Lösung in der völlig eiweißfreien klaren Flüssigkeit. Im Hundeblut sind nach S. 0,1—0,15% Zucker enthalten. Im rechten Herzen und im arteriellen

Gefäßsystem ist der Zuckergehalt ganz gleich, während zwischen Carotisblut und dem der Vena portae ein zwar nicht bedeutender, aber doch ziemlich konstanter Unterschied besteht. Das arterielle Blut enthält ca. 0,02—0,03% mehr Zucker, als das der Pfortader.

Für S.'s Anschauungen von größter Wichtigkeit ist ein Vergleich des Zuckers im Blut der Pfortader und Lebervene. Denn wenn Zucker aus Eiweiß in der Leber gebildet wird, so muss der Gehalt des Lebervenenblutes an Zucker größer sein, als der der Pfortader. Von neueren Autoren hat sich besonders v. Mering in einer ausgezeichneten Arbeit mit dieser Frage beschäftigt und kommt zu dem Schluss, dass der Zuckergehalt der Pfortader größer sei als der der Lebervene; S. kommt zu dem entgegengesetzten. Er findet im Mittel aus 12 Versuchen in der Pfortader 0,119%; in der Vena hepatica 0,230%. Das Blut aus der Pfortader wurde im Wesentlichen nach der von v. Mering angegebenen Methode durch Katheterisation von der Vena splenica aus, das Blut der Lebervene theils in ähnlicher Weise von der Jugularis aus bei gleichzeitiger Unterbindung der Vena cava inferior theils direkt nach einer neuen mit Prof. v. Basch ausgearbeiteten Methode direkt aus der Lebervene gewonnen. Den Widerspruch mit v. Mering erklärt S. hauptsächlich daraus, dass v. Mering den Zucker im Blutserum, er selbst den Zucker im ganzen Blute bestimmte. Nach S. enthält also, wenn kein Zucker von außen eingeführt wird (die Hunde erhielten vor den Versuchen nur Fleisch oder hungerten 18—24 Stunden), das aus der Leber fließende Blut nahezu doppelt so viel Zucker als das in die Leber gelangende und »es ist durch diese Versuche unzweifelhaft und wohl in unanfechtbarer Weise festgestellt, dass der Blutzucker aus der Leber stammt«.

Eine andere sehr merkwürdige und bisher nicht zu erklärende Beobachtung machte S. Er fand, dass nach Unterbindung der Vena cava sich der Zuckergehalt des arteriellen Blutes mehr als verdoppelte.

Um ein Urtheil über die Menge Zucker zu gewinnen, welche innerhalb 24 Stunden von der Leber producirt in den Kreislauf gelange, verfuhr S. folgendermaßen. Er bestimmte zunächst die Geschwindigkeit, mit der das Blut aus der geöffneten Pfortader aus-, d. h. beim intakten Thier in die Leber einfließt; er fand bei 3 verschiedenen Hunden, dass innerhalb 24 Stunden 180 resp. 233 resp. 433 Liter Blut in die Leber eintreten. Nimmt man nun an, dass dieselbe Menge Blut durch die Venae hepaticae aus der Leber austritt und dass die obigen Beobachtungen von S. richtig sind, wonach der Zuckergehalt des Blutes bei seinem Passiren durch die Leber von 0,1 auf 0,2% steigt, so würden bei dem einen Hunde 180 g, beim anderen 233 g, beim dritten 433 g Zucker aus der Leber in die allgemeine Cirkulation gelangen. Berechnet man die Menge Kohlenstoff, welche in diesen Zuckermassen enthalten ist und vergleicht sie mit dem Kohlenstoff der Nahrung, d. h. in den vorliegenden Fällen mit dem im gefütterten Fleische enthaltenen, so ergiebt sich, dass von 200 g C, welche in 1500 g Fleisch enthalten sind, 10 g für die

Bildung von 50 g Harnstoff gebraucht werden, die ganze übrige Menge zur Zuckerbildung diente (!). Die Zuckerbildung ist sonach eine der wichtigsten Funktionen des Stoffwechsels.

Bei Ausschaltung der Leber aus der Cirkulation durch Unterbindung der Aorta und Vena cava sinkt der Zuckergehalt in der Carotis sehr schnell.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. C. le Nobel. Über einige neue chemische Eigenschaften des Acetons und verwandter Substanzen und deren Benutzung zur Lösung der Acetonuriefrage.

(Archiv für exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XVIII. Hft. 1 u. 2.)

Da die Lieben'sche Reaktion eine erhebliche Anzahl von Körpern geben, so hat N. bei seinen Untersuchungen zwei andere Reaktionen benutzt, die von Gunning und Reynolds angegeben sind. Die erste basirt darauf, dass Aceton mit Jodtinktur und Ammoniak Jodoform liefert, die zweite, dass frisch gefälltes HgO in Gegenwart von Alkali durch Aceton gelöst wird. Die erste Reaktion soll $^1/_{10000}$ mg, die zweite $^1/_{100}$ mg Aceton nachweisen. Schließlich benutzt N. auch eine von ihm selbst gefundene Reaktion, die im Wesentlichen mit der schon früher von Legal beschriebenen koincidirt, und darauf begründet ist, dass nach Zusatz von Nitroprussidnatrium und Ammoniak zu Aceton enthaltenden Flüssigkeiten nach einiger Zeit eine Farbenänderung eintritt. Die Farbenreaktionen des Acetons und der Äthyldiacetsäure zeigen bei letzterer Methode einige Differenzen, die die Unterscheidung beider zulassen. Die Einzelheiten hierüber sind im Originale nachzulesen. An der Hand dieser Reaktionen unterzieht N. die Untersuchungen von v. Jaksch über die Acetonfrage einer Kritik und Nachuntersuchung und kommt bei derselben zu erheblich abweichenden Resultaten: 1) weist N. die physiologische Acetonurie im Sinne von v. Jaksch zurück, da nach ihm Aceton in normalem Harne nur in äußerst minimalen Mengen vorkommt, so dass es nur bei Destillation großer Harnmengen nachgewiesen werden kann, da neben Aceton noch ein zweiter noch unbekannter Körper im Harne vorkommt, der die Lieben'sche Reaktion giebt, da schließlich auch Alkoholgenuss einen sehr wesentlichen Einfluss auf die Acetonausscheidung hat. 2) besteht nach N. bei fieberhaften Erkrankungen häufig, aber durchaus nicht immer, Acetonurie, doch ist dieselbe unabhängig von der Fieberhöhe, eben so wenig war ein Zusammenhang derselben mit der Eisenchloridreaktion nachzuweisen. Bei verschiedenen Krankheiten wurde von N. im Harne bald Aceton gefunden, bald nicht, so dass sich bestimmte Schlüsse daraus nicht ziehen ließen. Als Grund für das Coma diabeticum ist der Verf. nicht geneigt das Aceton anzusehen, auch glaubt er nicht, dass die Eisenchloridreaktion in diabetischen Harnen jedes Mal von der Acetessigsäure abhängig

sei, sondern häufig auch von essig-ameisen- und schwefelcyanwasserstoffsauren Verbindungen. **E. Stadelmann** (Königsberg).

---

3. **G. Weiss** (Messina). Dei più recenti studj intorno ai tumori maligni.

(Annal. univ. di med. e chir. 1884. April-, Mai- u. Juniheft.)

W.'s Arbeit, welche ja selbst nur ein zusammenfassendes Referat giebt, entzieht sich einer kurzen Wiedergabe: ihre Erwähnung an dieser Stelle bezweckt nur, die interessirten Fachgenossen auf die in ihr niedergelegte Zusammenstellung der neueren Litteratur über die malignen Tumoren, welche etwa bis zum Jahre 1882 reicht, hinzuweisen. Sie zerfällt in zwei Theile — einen ätiologisch-anatomischen mit 296 und einen klinischen mit 224 Nummern, welche nach den Organen geordnet und in klarer objektiver Weise referirt sind. Die theoretischen Fragen, welche sich namentlich rücksichtlich der Genese der malignen Tumoren aufwerfen, sind zwar auch erwähnt, doch auch ihnen gegenüber nimmt der Verf. nicht in irgend wie positiver Weise Stellung. **Posner** (Berlin).

---

4. **H. Schmidt.** Streiflichter über die Stellung des Arztes in der Gegenwart und sein Verhältnis zur Praxis oder die Medicin, was sie ist, was sie kann, und was sie will.

Berlin, **Otto Dreyer.** 44 S. gr. 8.

Die alte Klage von der ärztlichen Misère erscheint hier in einer Form, welche sich an das große Publikum wendet und dasselbe über Wesen und Können der Medicin zu unterrichten sucht. Diese Absicht verdient im Interesse der leidenden Menschheit alle Anerkennung; doch wird eine durchgreifende Besserung wohl erst dann erreicht werden, wenn auf der Schule eine längere Reihe von Generationen hindurch die Lehre vom Bau und den Funktionen des menschlichen Körpers gleich den anderen Disciplinen zum Gegenstande des regelmäßigen Unterrichts gemacht sein wird. Nur wenn die Grundbegriffe bezüglich der Einrichtungen des Organismus Gemeingut geworden sind, wird man ein Verständnis der Art der Behandlung etwaiger Krankheiten erwarten dürfen.

Die Hauptschuld für die Erschwerung der Praxis sieht Verf. in der gegenwärtigen Gesetzgebung, der zufolge der Arzt mit technisch nicht vorgebildeten, ja häufig überhaupt ganz ungebildeten Vertretern der Naturheilkunde, Hydrotherapie, Homöopathie, Elektro-Homöopathie etc. konkurriren muss. Die vom Verf. gezogene Konsequenz, staatlicherseits jeglichen Beruf freizugeben, ist in so fern nicht berechtigt, als der ärztliche mit den anderen gelehrten Ständen nicht vollkommen in Parallele gestellt werden darf, da der Arzt seine Unabhängigkeit bisher möglichst zu wahren gesucht hat.

Weitere Schädigungen der Praxis findet Verf. in der zeitigen Einrichtung der Apothekenverhältnisse, in dem so häufig feindlichen Verhalten der Kollegen und in der dominirenden Stellung der Physiker und Specialisten; doch dürfte Letzteren aus dieser sich ganz von selbst ergebenden Sachlage kaum ein Vorwurf zu machen sein.

Würzburg (Berlin).

---

5. **C. Maydl.** Über den Werth der Kochsalzinfusion und Bluttransfusion beim Verblutungstode. (Aus dem Stricker-schen Laboratorium.)

(Wiener med. Jahrbücher 1884. Hft. 1. p. 61—158.)

Durch eine große Zahl eigener Versuche und kritische Sichtung der einschlägigen Litteratur ist Verf. zu dem wichtigen Resultat gelangt, dass die Leistungsfähigkeit der Kochsalzinfusion ihre Anwendung an Stelle der Bluttransfusion nicht rechtfertigt.

Die nächste natürliche Aufgabe bestand darin, die Nützlichkeit bezw. »lebensrettende« Wirkung der Kochsalzinfusion durch — bislang versäumte — Kontrollversuche zu beleuchten, mit anderen Worten zu ergründen, ob die der »Lebensrettung« durch Kochsalz voraufgegangenen Blutverluste tödlich waren, und, verneinenden Falls, ob bei noch beträchtlicheren Blutverlusten die Infusion das Leben zu erhalten im Stande sei. Es zeigte sich zunächst bei 17 Versuchen am Hunde, dass die Menge des tödlichen Blutlasses innerhalb weiter Grenzen schwankte, die bis zum Tode entleerbare Blutmenge indess kaum je unter $^2/_3$ des Gesammtblutes (5,12% des Körpergewichts — bekanntlich beträgt nach Welker die Blutmenge bei Hunden 7,7, nach Heidenhain 7,4% der Körperschwere) herabging. Im Mittel betrug jene entleerbare Blutmenge 6,11% Körpergewicht bei Mangel jeder künstlichen Nachhilfe (entgegen Worm-Müller, der 1—2% unter gleichen Bedingungen angiebt); andererseits konstatirte M. 8% und mehr. Die höchsten Maße eines Blutverlustes wurden durch Hämorrhagien in mehreren Absätzen oder durch successive Eröffnung mehrerer großer Gefäße erzielt. Weitere 11 Versuche lehrten (in Übereinstimmung mit einer Reihe früherer), dass die Thiere einen die Hälfte ihrer Blutmenge betragenden Verlust in überwiegender Mehrheit ohne jede Nachhilfe überlebten. Mit der Entleerung von $^2/_3$ des Gesammtblutes befinden wir uns an der Grenze des zulässigen Blutverlustes derart, dass es nur von zufälligen, unberechenbaren Eigenschaften der Einzelindividuen abhängt, ob der Blutverlust tödtet oder eben noch vertragen wird. Jedenfalls zieht er auch in letzterem in ca. 50% eintretendem Falle ein längeres Kranksein nach sich.

Es ist also bei einem die Hälfte der Gesammtmenge betragenden Blutverluste die Kochsalzinfusion überflüssig, der Nachweis ihrer lebensrettenden Eigenschaft bei Entleerung von ca. $^2/_3$ der Blutmenge nicht möglich. Aus diesem Grunde aberkennt Verf. u. A. den Experimenten von Kronecker, Sander und v. Ott, die gar nicht

auf das Auftreten der Zeichen des Verblutungstodes geachtet, jede Beweiskraft. Um die Kochsalzinfusion lebensrettend zu nennen, muss sie in Versuchen, in denen der Eintritt des Verblutungstodes unzweifelhaft war, geprüft werden. In solchen beweisenden Versuchen trieb M. die Hämorrhagie aus den Gefäßen (Carotis und Cruralis) bis zum Eintritt aller Phänomene des Verblutungstodes, der Sistirung der Blutung, der Herzaktion, der Athmung, der Augen- und Sehnenreflexe. Hieran schloss sich die Kochsalzinfusion (in die Jugularis externa bei einem Druck von ca. 80 mm Hg.). Von 10 derart bearbeiteten Thieren überlebte nur ein einziges, alle übrigen (darunter 2 mit einem Blutverlust von weniger als 3,5% Körperwicht) gingen zu Grunde und zwar 6 auf der Stelle, die übrigen 3 in den nächsten Stunden. Besonders ungünstig gestaltete sich das Verhältnis bei Cruralisblutungen.

M. resumirt, dass die Leistungsfähigkeit der Kochsalzinfusion bei tödlichen Blutverlusten ohne Rücksicht, welche Höhe dieselben erreichen, quoad vitam conservandam so gut wie Null sei und ausnahmslos gleich Null, sobald die Blutung $^2/_3$ der Gesammtblutmenge überschreitet (dessgl. wenn Thiere bald nach einem ersten Blutlass einen zweiten erleiden, wofern, mag der Verlust selbst ein geringer sein, Zeichen des Verblutungstodes sich einstellen).

Muss hiermit Verf. den Kochsalzinfusionen eine »lebensrettende« Wirkung überhaupt absprechen, so räumt er ihnen doch einen »belebenden« Einfluss ein, in so fern sie den Tod für einige Zeit hinauszuschieben vermögen. Meist stellten sich Puls, Athmung und Reflexe wieder her, um abermals — dauernd — aufzuhören. »Dies leitet,« fährt M. fort, »eigentlich ins Praktische am Lebenden übertragen, auf den Gedanken, dass es wohl der Mühe werth wäre, nachzuforschen, ob ein verbluteter Organismus durch eine Kochsalzlösung nicht auf so lange belebt werden könnte, dass man ihn — wenn momentan ein zur Transfusion geeignetes, am besten also defibrinirtes Blut (s. u.) gleicher Gattung nicht vorhanden wäre — später durch eine zweckmäßig applicirte Bluttransfusion retten könnte. Ein gewiss beherzigenswerther Umstand bei der schon im Frieden für einen Einzelfall bestehenden Schwierigkeit, passendes Blut zu beschaffen, und bei der im Kriege bei mehrfach vorhandenen Fällen bestehenden Unmöglichkeit, solch passendes Blut zu besorgen. Eine Belebung auf Stunden würde genügen, um die Bedürftigen aus dem Gefecht in irgend eine ruhigere Station zu transportiren, wo ihnen mit Muße — also auch mit mehr Aussicht auf Erfolg bei dieser sonst subtilen Operation, wo auch eine aseptische Durchführung in Frage kommt — eine Bluttransfusion gemacht werden könnte. Hier könnte man sich nach gleichartigem Blute umsehen, ev. für den äußersten Nothfall passende Thiere vorräthig halten. So könnte eine Kochsalzinfusion, deren Ausführung bei erlangter Übung ungemein einfach ist, mittelbar zur ,Lebensrettung' Beträchtliches beitragen.« Eine besondere Schädlichkeit wird durch eine gut geleitete Kochsalzinfusion jedenfalls nicht gesetzt.

Was endlich die Bluttransfusion anlangt, so gelangt Verf. nach ausgiebiger (im Original einzusehender) Beleuchtung der Ansicht, dass defibrinirtes Blut schädlich sei, der Blutkörperchentheorie Panum's, der drohenden Gerinnungsgefahr des defibrinirten Blutes nach Transfusion und der Goltz-Schwarz'schen Theorie des Verblutungstodes als Missverhältnisses zwischen Wand und Inhalt der Gefäße (in dieser letzteren Beziehung wird die wichtige Rolle, welche die — durch Kochsalzinfusionen zu beeinflussenden — gestörten Blutdruckverhältnisse beim Verblutungstode spielen, anerkannt, indess als zweiter — nur durch Bluttransfusion zu bekämpfender — Verblutungstod der durch Defekt normal vorhandener Blutbestandtheile, wie Eiweißlösung, Blutzellen konstatirt) zu dem Resultat, dass, abgesehen von dem beim Menschen kaum leicht verwendbaren ganzen Menschenblut (?Ref., s. J. Roussel: »De la transfusion directe du sang vivant«, Progrès méd. 1884. No. 21 u. ff.) für Mensch und Thier am gefahrlosesten bei gegebener Indikation das defibrinirte Blut derselben Art in einen anderen Organismus zu überführen sei.

Die Effekte der eigenen 8 unter gleichen Bedingungen wie die Kochsalzinfusionen angestellten Bluttransfusionsversuche überragen bei Weitem die Resultate der Salzinfusion, in so fern 3 Thiere dauernd überlebten (trotz bedeutenden zwischen 5,6 und 6,4% schwankenden Blutverlustes), eins $2^1/_2$ Tage später, eins am nächsten Morgen starb.

Weiterhin beschäftigte sich Verf. eingehend mit der Betrachtung des bereits früher (namentlich durch Tappeiner, v. Basch, Worm-Müller, Hayem, Volkmann und Schwarz) studirten Blutdrucks bei der Entblutung und mit den Modifikationen desselben bei Einbringung von Kochsalzlösung oder Blut in das entleerte oder normal gefüllte Gefäßsystem. Auch hier führten (6) kymographische Aufnahmen bei einfacher Schreibung des großen Kreislaufes zu dem Resultat, dass mit dem Eintritt der Blutung aus der Arterie der Druck in der Aorta in einem der Größe des Blutverlustes entsprechenden Grade absinkt, aber die Unterbrechung der Blutung meist genügt, um den Blutdruck ansteigen zu lassen. Erst ein Blutlass von $^2/_3$ der Gesammtmenge ließ den Druck unter das zum Leben nothwendige Minimum sinken. In einem anderen Versuche stieg der durch Entleerung von $^2/_3$ des Gesammtblutes bis auf 38 mm gesunkene Druck in wenigen Sekunden wieder auf 141 mm an, »für die Anhänger des Aderlasses ein Wink, wie a priori wenig Zuverlässiges von ihm zu halten« (womit Verf. doch nicht die Existenz der jedem beschäftigten Arzte geläufigen unmittelbaren Wirksamkeit des Aderlasses beim Drahtpuls leugnen wollen wird? Ref.). Regelmäßig hörte die Athmung weit früher auf, als der Puls bezw. Herzschlag, und stellte sich auch bei der In- oder Transfusion später, selbst nach Minuten, wieder ein. Fünf Versuche mit Doppelschreibung aus dem großen und kleinen Kreislauf (Anordnung s. im Original) lehrten u. A., dass durch Infusionen bei normaler Blutmenge die überhaupt erzielbaren höchsten Druckwerthe (bis 225 mm) erreicht werden, bei weiter getriebener

Einfüllung unter Austritt von Plasma ins Gewebe (Krämpfen, Lungenödem) ein Abfall des Druckes stattfindet, während der Pulmonalisdruck sich kontinuirlich bis zu dem genannten Druckabfall hob. Bei Blutungen gelang durch In- oder Transfusion eine Wiederanregung der Kontraktion des Herzens, wenn es einige Minuten stillgestanden, nicht mehr.

Endlich theilt Verf. noch einige (im Auszug nicht wiederzugebende) »direkte Beobachtungen« mit über Beeinflussung der Herzbewegungen und Respirationsverhältnisse durch einfache Infusion bei normaler Blutmenge, über die Phänomene am Herzen bei Verblutung und folgender In- oder Transfusion, über die Krämpfe etc. Es geht aus ihnen u. A. hervor, dass die Herzaktion andauern kann, ohne dass sich selbst aus einer Carotis ein Tröpfchen entleeren würde. Mit Rücksicht auf die bedeutende Drucksteigerung im kleinen Kreislauf in Folge der — diastolische, nur von kräftigen Herzen zu überwindende Stillstände bedingenden — In- oder Transfusion warnt Verf. vor zu großen Mengen und zu hohem Druck bei der Manipulation, zumal bei geschwächtem Herzen.

Den Schluss der Arbeit, die, abgesehen von dem vom Ref. Berücksichtigten, eine Fülle bemerkenswerther z. Th. von den eigenen Versuchen abfallender Details bringt und eine fast erschöpfende Wiedergabe der Litteratur einschließt, bildet die Mittheilung des im Text nicht ausführlich behandelten Theils der Versuche.

Fürbringer (Jena).

---

6. P. Langerhans (Madeira). Ätiologie der Phthise.

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. Hft. 2.)

L. stellt sich mit Aufrecht u. A. in Gegensatz zu Koch's Ansicht von der ätiologischen Identität der akuten Miliartuberkulose und der chronischen käsigen Phthise. Durch historische Darstellung der nationalen Zusammensetzung der Inselbevölkerung Madeiras weist er die völlige Trennung zwischen Stammbewohnern (Portugiesen) und Residents (Engländern und Deutschen) nach, während letztere mit den alljährlichen passanten Besuchern in vielfachem Kontakt leben. Somit ist die Kolonie trotz günstiger klimatischer und socialer Verhältnisse zur Erkrankung disponirt.

An der Hand eines statistisch sorgfältig gesichteten Materials von 267 Individuen, die seit 1836 auf der Insel lebten, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Phthise scheint bei späteren Generationen gutartiger und langsamer zu verlaufen, oder: aus einer Krankheit wird so zu sagen eine Lebensgewohnheit.

2) Seit 1836 sind nur Individuen erkrankt, bei denen erbliche Belastung nachweisbar ist, obwohl die ganze Kolonie der Infektion ausgesetzt war. Im Gegensatz zu Cohnheim vertritt L. die here-

ditäre Disposition und stellt die Phthise in Parallele mit Carcinom und Hämophilie.

3) Latente Vererbung (Überspringen einer Generation) ist ganz so gefährlich wie direkte, d. h.: alle Belasteten sind mit Bezug auf Ehe und Fortpflanzung als Kranke anzusehen; die vieldiskutirte Ausschließung derselben von der Ehe wird somit zur socialen Unmöglichkeit.

4) Nicht nur Phthise im Allgemeinen, sondern sogar specielle Formen und Komplikationen vererben sich.

5) Keineswegs sind die Kinder relativ sicherer, die vor der Erkrankung eines Belasteten von diesem gezeugt oder geboren sind.

Verf. macht auf die weittragenden socialen Konsequenzen dieser Schlüsse aufmerksam.

Die Stammbäume der verschiedenen Familien sind werth im Original nachgesehen zu werden. Das Zahlenmaterial eignet sich nicht zum Referat. **Ernst** (Zürich).

---

7. **A. Netter.** Rôle pathogénique de l'altération épithéliale de la muqueuse intestinale dans le choléra.

(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 26. p. 303.)

Das charakteristische pathologisch-anatomische Kennzeichen der Cholera bildet die tiefgreifende Alteration des Darmepithels, das theils in Fetzen in der Darmflüssigkeit suspendirt ist, theils als ein nekrotischer Überzug von wechselnder Dicke die Schleimhaut des Darmes überzieht. Den tödlichen Ausgang der Cholera führt die Wasserverarmung des Blutes und der Organe herbei. Um dieser Austrocknung im Stadium algidum, wo Durchfall und Erbrechen schon aufgehört haben, entgegenwirken zu können, müsste der Organismus die Möglichkeit haben, von dem einzigen Orte her, wo noch Wasser im Überschuss vorhanden ist, aus dem Darmrohre, Wasser zu resorbiren. Dem widerstrebt der mortificirte Epithelbelag auf der Schleimhautfläche des Darmes. Ob dieser Widerstand zu überwinden ist oder nicht, hängt einerseits von der Dicke dieses Belages, andererseits von dem Druck ab, unter dem die Flüssigkeitssäule im Darme steht. Während wir die erstere in keiner Weise therapeutisch beeinflussen können, haben wir über das letztere Moment allerdings Gewalt. Es kommt darauf an, dem Pat. mehr Flüssigkeit zuzuführen, als er in gleicher Zeit ausscheidet; auf diese Weise wird man die im Darm vorhandene Flüssigkeit unter erhöhten Druck bringen. Verf. giebt desshalb praktisch den Rath, bei Behandlung der Cholera den Principien der alten Medicin seit Hippokrates treu zu bleiben und den Pat. von vorn herein per os und per rectum so viel Wasser zuzuführen, wie irgend möglich. Trifft man den Pat. bereits in der Agone, so soll man zunächst eine Wasser(!)injektion in die Venen oder in die Peritonealhöhle machen, und sobald der Kranke sich einigermaßen erholt hat, mit der reichlichen Zuführung von Getränken beginnen. Wird

Letzteres versäumt, so hat die Injektion immer nur einen temporären Erfolg. **Kempner** (Berlin).

---

8. **P. Gibier.** Recherches expérimentales sur la rage.

(Gaz. d. hôp. 1884. No. 86. p. 686.)

G. hat schon früher festgestellt, dass Vögel für die Tollwuth empfänglich sind, dass sie aber dieselbe überleben und wieder ganz gesund werden. In dieser vorläufigen Mittheilung veröffentlicht er nun folgende neue Resultate: 1) dass Vögel nicht zweimal mit der Tollwuth inficirt werden können; 2) dass die Krankkeit von einem Vogel auf den anderen übertragbar ist; 3) dass das Wuthgift, indem es durch mehrere Vogelorganismen hindurchpassirt, für diese an Giftigkeit zuzunehmen scheint, während seine krankmachende Einwirkung auf den Hund sich abschwächt. Eine ausführliche Veröffentlichung soll folgen. Für die Impfung des Giftes in das Gehirn empfiehlt G. unter Vermeidung der Trepanation die direkte Einspritzung durch die Pravaz'sche Nadel, mit welcher man bei kleinen Thieren meist in den Schädel eindringen kann. Übrigens findet Verf. eben so wirksam wie die direkte Injektion in das Gehirn die Inokulation von Gehirnsubstanz eines wuthkranken Thieres in die vordere Augenkammer. **G. Kempner** (Berlin).

---

9. **Möller.** Über akute Exantheme bei Hausthieren.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 9 u. 10.)

Trotz verschiedener gegentheiliger Angaben in thierärztlichen Lehrbüchern hält Verf. daran fest, dass Scharlach, Masern und Diphtherie noch niemals mit Sicherheit bei Thieren konstatirt worden sind; eben so wenig giebt es genügende Anhaltspunkte, um eine Ansteckung von Mensch auf Thier und umgekehrt anzunehmen. Hunde, welche Sputa von Diphtheritiskranken aufnehmen, erkranken doch niemals an Diphtherie. Krupöse Erkrankungen der Rachenschleimhaut werden überhaupt niemals bei Hunden beobachtet.

Die sog. Staupe hat nur geringe Ähnlichkeit mit dem Scharlach, jedoch fehlt auch bei ihr in den meisten Fällen die Hautaffektion.

M. Cohn (Hamburg).

---

10. **P. Seifert.** Hydrochinon als Antipyreticum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 29.)

Verf. hat im Dresdener Krankenhause Versuche über die Temperatur-herabsetzende Wirkung des Hydrochinon angestellt. Auf Dosen von 1,0 g (Maximaldose 6,0 pro die) trat Abfall des Fiebers um 1—3° meist unter Schweißausbruch ein, um dann nach wenigen Stunden unter Frösteln wieder anzusteigen. Doch schienen diese unangenehmen Erscheinungen die Pat. nur wenig zu belästigen (?Ref.).

Verf. empfiehlt dasselbe (auf Grund wie vieler Versuche ist nicht angegeben, Ref.) bei Typhus abdominalis und wegen seines nicht unangenehmen Geschmackes in der Kinderpraxis als Ersatzmittel des Chinin. **Escherich** (Würzburg).

---

11. G. Mayer. Über individualisirende Antipyrese.

(Vortr. f. d. Fühjahrsvers. d. Vereins d. Ärzte d. Reg.-Bez. Aachen. 8. Mai 1884.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 30.)

Im Streit, ob die Typhussterblichkeit durch Kaltwasserbehandlung vermindert worden sei, stellt sich Verf. auf die positive Seite. Seit 1865 ist die Mortalität in der preußischen Armee von 25 auf 8 % gesunken. Glaeser's (Hamburg) Widersprüche will Verf. nicht gelten lassen.

Verf. behandelte im Louisen-Hospital duchschnittlich jährlich 10 Fälle, von 1879—1883 also 50 Fälle mit 4 % Mortalität; mit Hinzunahme der Privatpraxis im Ganzen 100 Fälle mit 2 % Mortalität. Kamen die Typhen frisch zur Behandlung, so wurden große Kalomeldosen gereicht, sonst 1/2—1 % Salzsäure, mit Zusatz von Tinct. opii bei Diarrhöe; bei mehrtägigem Fieber und Ansteigen bis 39° wurde 20—30 Minuten lang in 25° gebadet; Tag und Nacht wurden Bäder fortgesetzt, so oft die Temperatur 39° überstieg (bei 3stündlichen Messungen) und zwar so lange Pat. nicht fröstelt, mit jedem zweiten Bad 1° kühler, dem entsprechend auch von kürzerer Dauer (10—15 Minuten).

Hyperpyrexie indicirt sehr kühle Bäder, Kinder bedürfen wegen relativ großer Oberfläche weniger kühler Bäder.

Verf. bestätigt Strümpell's Ansicht von der anregenden Wirkung der Bäder auf die Respiration (Verhütung von Lobularpneumonie und Hebung der Reflexerregbarkeit und legt großes Gewicht, wie Mosler, auf die desinficirende Wirkung (Verhütung von Decubitus). Ferner besteht er entschieden auf Verabreichung nächtlicher Bäder, um im Sinne Liebermeister's starke Remissionen zu erzielen.

Verf. folgt Leichtenstern in der Behandlung der Scarlatina durch Bäder, Chinin und Salicyl mit relativ gutem Erfolg. Nur zieht er 25° R. mit allmählicher Abkühlung den kürzer dauernden kühleren vor.

Besonders günstig für Badebehandlung ist die krupöse Pneumonie der Kinder, während Erwachsene nicht zu oft und zu kühl gebadet werden dürfen. Anlehnend an Leichtenstern giebt Verf. hohe abendliche Chiningaben, von 1,0 g beginnend, bei Kindern 1/2 g (wenn nöthig in Suppos.); damit werden tiefe Morgenremissionen bezweckt. Chinin wird meist auf alle 2 Tage beschränkt. Vom Salicyl ist Verf. nicht begeistert und giebt es höchstens des Nachmittags vor dem Chinin; dagegen empfiehlt er es bei Scarlatina und Erysipel, für Scarlatina mit Nephritis speciell wendet er Na. benz. an.

Über Kairin spricht sich Verf. reservirt aus, hat jedoch bei seinen guten Erfolgen bei Chinin und Bädern keine Veranlassung gehabt, experimentelle Erfahrungen über andere Antipyretica zu sammeln.

Ernst (Zürich).

---

12. **Laborde.** Injections sous-coutanées de chloroforme.

(Progr. méd. 1884. No. 18.)

Eine Nacharbeit zu den Bouchard'schen Versuchen (cf. dieses Centralblatt No. 24, 2). Gleich Letzterem beobachtete Verf., dessen Versuchskaninchen erst 4—6 Tage nach der Injektion starben, Albuminurie, außer dem von Seiten der Lunge Emphysem und Ecchymosirungen. Als Grundlage dieser Erscheinungen findet L. eine beträchtliche Hyperämie der Medulla oblongata, speciell im Bereich des Vagusursprungs. Diese Läsion des 4. Ventrikels erklärt das Ensemble der Erscheinungen, wie es auch bei der Sektion des Vagus beobachtet wird und der tödlichen Wirkung der Chloroforminhalationen entspricht.

Fürbringer (Jena).

---

13. **Driner** (Reiboldsgrün). Praktische Beiträge zur Schwindsuchtsbehandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 30.)

D. beschränkt sich auf einige Rathschläge bezüglich Behandlung einzelner Begleiterscheinungen.

Durch Stauung bedingte Lungenblutung bekämpft er durch Anregung der Cirkulation und der Respiration: feurigen Wein, Bewegung, tiefe Respiration, so paradox dies bei oberflächlicher Betrachtung scheinen mag. Bei größeren Blutungen wirkt Ergot. dialys. (Bombelon.) sicher, schnell und sogar prophylaktisch. Von Inhalationen hält D. gar nichts und schreibt die behaupteten Erfolge den tiefen Inspirationen und der durch Zerstreuung erzielten Beruhigung des Nervensystems zu. Bei aktiven Blutungen aus arrodirten Gefäßen wendet D. Morphium und Ergotin, mit 1%iger Morphiumlösung verdünnt, an.

Mittels der nasskalten Kreuzbinde gelingt es, den Auswurf zu reguliren, käsige Produkte einzuschmelzen und aus dem Körper zu eliminiren, freilich mit Gefahr der Blutung aus zerrissenen wandständigen Gefäßen. Die nasskalte Kreuzbinde wird um Brust und Schultern applicirt, mit Wollbinde bedeckt, über Nacht liegen gelassen. Vor und nach der Applikation werden tüchtige kalte Waschungen gemacht mit nachfolgendem kräftigen Frottiren.

Der daniederliegenden Hautthätigkeit hilft ein Bad von 26 bis 28° und 5—15 Minuten Dauer auf; danach sind kalte Begießungen und Frottiren indicirt. Auf diese Weise können morgendliche

hektische Fröste koupirt werden. Die Expektoration wird befördert und daneben besteht eine bedeutende tonische Wirkung.

Kalte Fußbäder nach vorhergegangenen kalten Waschungen und Frottiren der Gesicht-, Brust-, Hals- und Nackengegenden paralysiren die Rückstauungskongestion. Nach mehrmaliger Anwendung verschwindet die Blutstauung in den unteren Extremitäten.

Schmerzhafte Stellen, sei es bei Interkostalneuralgie oder Pleuritis sicca, werden 1/4 Stunde mit Eis anästhesirt, dann vidalisirt (nach Vidal kauterisirt). 20—30 Brennwunden können gesetzt werden. Bestreuung mit Salicylpulver und Verband. Am nächsten Tage Vidalisiren der nachbarlichen Hautpartie. Solcher Sitzungen wurden 8 bis 31 abgehalten mit glücklichem Erfolg. **Ernst** (Zürich).

Kasuistische Mittheilungen.

14. **M. F. Reymond et M. G. Artaud.** Note sur un cas de sueurs localisées dans le cours d'un tabes dorsal.

(Revue de méd. 1884. No. 5.)

Ein 43jähriger früher syphilitisch inficirter Mann leidet seit 12 Jahren an Tabes dorsalis. Die Symptome sind außerordentlich ausgesprochen, vor Allem die heftigen Schmerzen in den Beinen. Nach jedem Schmerzanfalle tritt mit leichten Fieberbewegungen eine starke Schweißabsonderung, manchmal mit Sudamina verbunden, in den unteren Extremitäten auf. Auch in den oberen Extremitäten, dem Nacken, Hinterkopf, Schläfe, den Schultern, Fingern, Ellbogen, dem Rectum treten zeitweilig heftige Schmerzen auf. Der Kranke verliert im Verlaufe seiner Krankheit die Zähne und Nägel an Händen und Füßen. Das Auffallendste ist aber eine sehr reichliche Schweißproduktion an der rechten Seite des Kopfes bis hinab auf die Schulter, die jedes Mal 10—15 Minuten nach der Mahlzeit auftritt, ohne jede Abhängigkeit von den Schmerzen. Dabei ist die Temperatur der afficirten Seite um 0,8° erhöht. Nach Angabe des Kranken soll zugleich mit der erhöhten Schweißsekretion eine vermehrte Speichelabsonderung auf der rechten Seite auftreten. Subkutane Injektionen von Pilokarpin beeinflussen die bestehende Anomalie nicht weiter. **E. Stadelmann** (Königsberg).

15. **Judson S. Bury.** Congenital contraction of orifice of pulmonary artery from fusion of the valves. Foramen ovale open.

(Lancet 1884. II. p. 183.)

Kongenitale Verengerung des Ostium der Arteria pulmonalis durch Verschmelzung der Klappen; offenes Foramen ovale. Krankengeschichte, Sektion, Abbildung des Präparates. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

16. **John V. Shoemaker.** Jequirity (Abrus precatorius Linné) its use in diseases of the skin.

(Lancet 1884. II. p. 187.)

Verf. empfiehlt eine Jequiritymaceration auf ulcerirende, auf granulirende, auf »ungesunde« Hautstellen zu bringen. Es tritt Zerstörung des Gewebes und Exsudation ein. Unter der Exsudatdecke entwickelt sich rasch gesundes Gewebe; Vorsicht ist geboten; es können sich Erysipele, bei schwachen Menschen auch allarmirende Allgemeinerscheinungen, einstellen. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

17. **Ernest F. Neve.** A case of cerebral embolism with hyperpyrexia following childbirth.

(Lancet 1884. II. p. 103.)

37jährige Frau, Placenta praevia, großer Blutverlust, forcirte Dilatation und Entbindung. Temperatur der nächsten 8 Tage nie über 37,7° C.

Am 10. Tag plötzliche Lähmung der linken Seite, klonische Krämpfe in der rechten Seite. Die Temperatur stieg binnen wenig Stunden auf 42,8° C. (in der Achselhöhle). Pat. starb.

Die Autopsie ergab Embolie der rechten Carotis interna.

Edinger (Frankfurt a/M.).

18. **Ottavi** (Reggio Emilia). Tetano traumatico guarito coll' uso della Paraldeide ad alta dosi.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 65.)

Ein 53jähriger Bauer wurde, nachdem er in einem Wassergraben gearbeitet hatte, von heftigen schmerzhaften Muskelkrämpfen der Beine, der Bauchdecken, des Rückens befallen. Es stellte sich Trismus ein. Die Behandlung bestand in absoluter Ruhe und Darreichung von Chloralhydrat 8,0 pro die, ohne dass im Verlauf mehrerer Tage eine wesentliche Besserung eingetreten wäre. Pat. verweigerte das Chloral, da es ihm schwere Angstzustände verursachte. Verf. griff nun zum Paraldehyd und gab davon Anfangs 6, dann 8 g pro Tag. Der Erfolg war sofort ein ausgezeichneter, und nach 10 Tagen konnte Pat. entlassen werden und seine alte Arbeit ohne Nachtheil wieder aufnehmen. O. glaubt, dass vor ihm Niemand bei der in Rede stehenden Krankheit Paraldehyd versucht hat.

E. Kurz (Florenz).

19. **Masse.** Empoisonnement par une infusion de fenilles de belladonne.

(Bull. gén. de thérap. 1884. Mai 15. p. 385.)

Durch Genuss eines Infuses von 3,5 g trockner Tollkirschenblätter, welches etwa 4,5 mg Atropin enthielt, erkrankte ein 42jähriger kräftiger Mann nach 3/4 Stunden unter Trockenheit im Munde und Rachen, Unfähigkeit zu sprechen, zu stehen und zu sehen und Dilatation der Pupillen. Das Gesicht wurde bald darauf blass, die Haut des Körpers kalt und Hallucinationen und Delirien traten ein. Ther.: Brechmittel, schwarzer Kaffee, Sinapismen, Wärmflaschen an die Füße. Nach 0,04 Morphium subc. trat 2stündiger Schlaf ein. Von da ab trat langsam Besserung ein; jedoch hielten die Hallucinationen noch 1½ Tag lang an. Ungefähr eben so lange dauerte die Pupillenerweiterung. **Kobert** (Straßburg i/E.).

20. **Knight.** Chancre of the tonsil.

(New York med. journ. 1884. Juni 14.)

Es werden 2 hierher gehörige Fälle mitgetheilt; im ersten derselben handelt es sich um einen 30jährigen durch »abnormal coitus« inficirten Mann, im zweiten um eine 40jährige verheirathete Dame, welche die Entstehung ihres Leidens darauf zurückführte, dass ihr 16jähriger konstitutionell syphilitischer Neffe »ihr Zahnpulver benutzte« (?! Ref.). Im Übrigen macht K. wie Taylor (cf. das Referat über das gleichlautende Thema dieses Autors, dieses Centralbl. 1884 No. 36) auf die der Seite des Mandelschankers entsprechende Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen aufmerksam, ohne deren Anwesenheit man überhaupt auf primär syphilitisches Ulcus nicht diagnosticiren könne. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

21. **Taylor.** Zoster following traumatisme.

(New York med. journ. 1884. Juni 14.)

Es handelt sich um einen 24jährigen Mann, der am Tage, nachdem ihm aus etwa 10 Fuß Höhe ein ca. 24pfündiges Fass auf die linke Schulter gefallen war,

ein Gefühl von Prickeln auf der linken Seite des Nackens und Hinterkopfes und entlang der linken Kieferseite empfand. Am 4. Tage der Erkrankung (5. März) war es auf dem oben bezeichneten Areal (die Kiefergegend ausgenommen) zur Eruption von Bläschen gekommen, welche auf einer sehr empfindlichen, stark gerötheten Haut saßen. Die Zahl der Bläschen nahm unter lebhaften Schmerzen und Störung des Allgemeinbefindens zu; Umschläge von Bleiwasser mit Opium und der gleichzeitige Gebrauch eines Laxans erzielten Nachlass der Schmerzen, das Exanthem war bis zum 31. März abgeheilt. T. nimmt eine durch das Trauma bedingte Neuritis im Cervicalplexus als ursächliches Moment für die Zostereruption an.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

22. **J. Heitzmann.** Vikariirende Menstruation und Menstruationsexantheme.

(Wiener med. Jahrbücher 1884. Hft. 1. p. 9—41.)

Der vorliegenden Kasuistik werden unter ausführlicher Wiedergabe und kritischer Behandlung derselben vier eigene Beobachtungen (aus dem Bandl'schen gynäkologischen Ambulatorium) zugefügt. Die Einleitung enthält beachtenswerthe Reflexionen über den Begriff der Menstruation. Da die zur Zeit der letzteren auftretende Kongestion nicht allein auf die Sexualorgane beschränkt bleibt, sondern sich mehr oder weniger über den Gesammtorganismus erstreckt, so ist es nach H.'s Meinung nicht wunderbar, dass bei etwaiger Behinderung des Blutabgangs aus der Gebärmutterschleimhaut ein anderer Ausweg (durch Magen, Lungen, Nase, Darm, Blase, Haut, Geschwüre, Neubildungen etc.) behufs Wiederherstellung des gestörten Gleichgewichts in der Blutvertheilung seitens des Körpers gesucht wird.

Der erste Fall betrifft ein 16jähriges, bislang nicht menstruirtes Mädchen, das seit $^1/_4$ Jahr allmonatlich für 4 Tage (Intervalle ganz frei) an Ödem der Extremitäten, Ovarialschmerz und »Hautausschlägen« gelitten. Die Untersuchung ergab, dass die letzteren aus zahlreichen bis haselnussgroßen Sugillationen im Bereich der gesammten unteren Extremitäten bestanden. Herz gesund. Keine Zeichen hämorrhagischer Diathese. Virginelle äußere Genitalien, infantiler Uterus, geschwellte empfindliche Eierstöcke. Katarrh des Cervix, nach dessen Behandlung (mit Bandl-scher Kanüle) das Mädchen normal menstruirte und von den genannten Erscheinungen frei blieb. In einem zweiten, eine 21jährige Virgo betreffenden ganz ähnlichen Falle konnte kurze Zeit nach der ersten stärkeren Blutung aus der Gebärmutter unter Schwund der früheren Molimina (besonders hochgradiger Schwäche), Ödeme und Petechien eine Massenzunahme des Organs konstatirt werden.

Verf., welcher einen absoluten Kausalnexus zwischen Menstruation und Ovulation nicht zulässt, vielmehr an die Anschauungen Beigel's sich anlehnt (nach welchen die Menstruation einen periodischen geschlechtlichen Impuls darstellt, wobei in Folge von Überfüllung der Gebärmutterschleimhautkapillaren daselbst eine Blutung erfolgt), und den Ausgleich der gestörten Blutvertheilung bei Behinderung des normalen Auswegs und fortdauernder Thätigkeit der die menstruale Kongestion auslösenden Nervencentren am jeweiligen Locus minoris resistentiae zu Stande kommen lässt, erblickt in den genannten Fällen den Ausdruck eines Reciprocitätsverhältnisses zwischen weiblichen Genitalorganen und Haut. In Folge der Entwicklungsanomalie der ersteren war die Uterusschleimhaut zur menstrualen Funktion untüchtig, wesshalb die Störung von einem Theile der allgemeinen Decken kompensirt wurde. (Die Ödeme in den genannten Fällen glaubt Verf. als einfache Folge des gesteigerten Blutdrucks und die Hämorrhagien als Ausdruck einer durch das Ödem veranlassten pathologischen Veränderung der Gefäßwand beurtheilen zu dürfen.) Mit der genannten Theorie steht im Einklang das bekannte häufige Zusammentreffen von Erythem, Urticaria, Ekzem, Akne, Herpes etc. mit Menstruationsanomalien.

Im dritten Falle litt ein 20jähriges, nicht menstruirtes Mädchen alle 4 Wochen einige Tage lang unter Fieber, Anorexie und Prostration an einer im Gesicht beginnenden, später den ganzen Rumpf einnehmenden, dem Erythema caloricum

ähnelnden juckenden und durch das Kratzen ekzemartig gestalteten Hauthyperämie (»Erysipel leichteren Grades«). Auch hier infantile Genitalien, hingegen wohl entwickelte Brüste. Im vierten eine 19jährige Handarbeiterin betreffenden Falle endlich war die vordem unregelmäßige und schwache Menstruation mehrfach für mehrere Monate ausgeblieben. Während der Intervalle, insbesondere zur Zeit, in welcher die Periode eintreten sollte, Schwächegefühl, Anschwellen der Brüste, Ziehen und Brennen in der Ovarialgegend, Kreuzschmerzen und, für 2—3 Tage Eruption eines Exanthems vom Charakter des Erythema maculatum über den ganzen Oberkörper und Rumpf. Auffallend kleiner Uterus, vergrößerte Eierstöcke. Erfolgreiche Behandlung durch den »Wärmeregulator«. Das Ausbleiben der menstrualen Blutung und die vikariirenden Hauterscheinungen sind hier als Folgen einer und derselben Störung in den Funktionen des Gesammtorganismus, nicht erstere als Ursache, letztere als Folge aufzufassen. **Fürbringer** (Jena).

23. **F. Percival.** Caso di torace imbutiforme. Trichterbrust (Ebstein). (Aus der Klinik des Prof. Bozzolo in Turin.)

(Rivista clinica 1884. Fasc. 5.)

P. beschreibt einen Fall der interessanten, von Ebstein mit dem Namen Trichterbrust belegten Thoraxdeformität, welche sich dadurch charakterisirt, dass der mittlere resp. untere Theil der vorderen Brustwand und der obere Theil der vorderen Bauchwand trichterförmig eingesunken sind, dergestalt, dass das Corpus sterni, die Rippenknorpel und der obere Theil der Bauchwand die Begrenzungen dieses Trichters darstellen.

Der Fall betrifft einen 40jährigen Lehrer, die Deformität datirte von der Geburt her und hatte allmählich, entsprechend dem Wachsthum, an Ausdehnung zugenommen; die Eltern, die 6 Geschwister, die zwei Kinder des Pat. zeigten nichts Analoges, eine Schwester war hochgradig rachitisch gewesen. Beschwerden hatte die Deformität niemals verursacht.

Die Einsenkung hatte die Gestalt eines Kegelstumpfes; sie begann an der Vereinigungsstelle des Manubrium mit dem Corpus sterni und reichte nach unten bis 12 cm über den Nabel, so dass ein Erwachsener bequem die Hand hineinlegen konnte; sie entsprach nicht genau der Mittellinie, sondern lag zu etwa zwei Dritteln rechts, zu einem Drittel links von derselben. Ihre größte Tiefe entsprach 3 cm über der Verbindungslinie der beiden Brustwarzen. Die Öffnung des Trichters zeigte eine ovale Form, mit dem größten Durchmesser vertikal = 15 cm (in der im Original folgenden Tabelle sind 16 angegeben) und einem Querdurchmesser von 11 cm.

Die sonstigen Maße sind:

Durchmessser des Trichtergrundes	2	cm
Größte Tiefe des Trichters	7,5	»
Umfang des Thorax mit Berücksichtigung der Exkavation	82	»
» » » ohne » » »	76	»
Entfernung der Punkte der größten Tiefe von den Wirbelfortsätzen	11	»
Sagittaldurchmesser des Thorax entsprechend der rechten Brustwarze	17	»
» » » » » linken »	16	»
Transversaldurchmesser in der Höhe der Brustwarzen	26	»
Länge des Thorax in der rechten Mamillarlinie.	28	»
» » » » » linken »	30	»
Länge des Sternum	15	»

Das Herz ist etwas nach links verlagert. Es besteht ein mäßiger Grad von Kyphosis, keine Skoliosis. **Freudenberg** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 42. **Sonnabend, den 18. Oktober.** **1884.**

1. **Sanquirico** und **Canalis** (Turin). Sulla estirpazione del corpo tiroide.

(Archivio delle scienze med. 1884. Vol. VIII. No. 10.)

Verff. besprechen die von Kocher aufgestellte Cachexia strumipriva, die Reverdin auf Alteration des Sympathicus zurückführte, Kocher und Baumgarten auf mangelhafte Sauerstoffaufnahme in Folge von schlechter Entwicklung, Atrophie oder Erweichung der Trachea. Die Untersuchungen von Tauber und Tizzoni stimmen in so fern mit denen der Verff. überein, als auch sie die Nichtigkeit der früher von Zesas vertretenen vikariirenden Beziehung zwischen Schilddrüse und Milz ergeben.

Zu den Versuchen wurden 13 Hunde verwandt. Bei 7 wurden gleichzeitig beide Lappen, bei 2 beide Lappen im Zwischenraum von 6—20 Tagen exstirpirt; bei 4 wurde ein kleiner Rest der Drüse zurückgelassen. Die Resultate waren folgende:

1) Trotz primärer Wundheilung starben die Thiere, denen beide Lappen exstirpirt waren, nach 6—20 Tagen.

2) Die Symptome waren bei allen diese: Nach 24 Stunden bis 3 Tagen (einmal nach 13) begannen die Versuchsthiere die Nahrung zu verweigern, schlecht zu schlucken, wurden müde, bekamen Dyspnoeanfälle, Muskelzittern, allgemeine oder partielle klonische Krämpfe, Stöhnen, Unruhe. Gehen und Stehen wurde immer schwieriger; oft liefen sie im Kreis und fielen sehr leicht um. Beim Herumlaufen stießen sie an Hindernissen an, wie wenn sie die Fähigkeit der Kontrolle ihrer Bewegungen verloren hätten. Unter Zunahme dieser Erscheinungen erfolgte der Tod.

3) In 3 Fällen wurde vor dem Tod eine Temperaturerniedrigung von 39 auf 35,5° beobachtet.

4) Künstliche Ernährung war nicht im Stande, die Thiere bei Kräften zu erhalten.

5) Bei einigen entwickelte sich eitrige Conjunctivitis, einmal mit perforirendem Ulcus corneae. (Äußere Schädlichkeiten konnten jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.)

6) Die Blutuntersuchung ergab verschiedenartige Veränderungen leichten Grades, welche die physiologische Grenze nicht überschritten.

7) Bei der Obduktion fand sich stets deutliche Anämie der weißen und grauen Hirnsubstanz, mehrmals Hyperämie der Leber und starke Füllung der Mesenterialgefäße, einmal Extravasate in der Intestinalschleimhaut.

8) Das Resultat der Urinuntersuchung war negativ.

9) Resorption septischer Stoffe, so wie Alteration des Vagus oder Recurrens waren bei den Experimenten als Todesursache auszuschließen.

10) Die Thiere, denen nur ein Lappen exstirpirt wurde, blieben gesund, bis auch der andere entfernt war, worauf dieselben Erscheinungen eintraten, wie nach gleichzeitiger Entfernung beider Lappen.

11) Zwei erwachsene Thiere, bei denen ein Lappen und die zwei oberen Drittel des anderen exstirpirt waren, starben nach 6 resp. 3 Tagen.

12) Zwei junge, die vorher der Milz beraubt waren und denen ein Lappen und die zwei unteren Drittel des anderen entfernt wurden, blieben vollständig gesund.

13) Bei einem dieser Thiere, dem nach der Milzexstirpation mehrfache Aderlässe gemacht worden waren, ergab die Untersuchung der während voller Reproduktion des Blutes entfernten Schilddrüse keinerlei Zeichen von Hämatopoese.

Verff. ziehen aus ihren Beobachtungen folgende Schlüsse:

I. Die totale Exstirpation der Schilddrüse ist bei Hunden absolut tödlich, ob dieselben der Milz beraubt sind oder nicht.

II. Entmilzte Hunde vertragen die unvollständige Exstirpation ohne merkliche Alteration.

III. Es besteht kein Rapport zwischen Milz und Schilddrüse.

IV. Ein kleiner Rest des Organs genügt, um die Funktionen normal zu erhalten. Zu eruiren bleibt, ob der Sitz dieses Restes von Wichtigkeit ist (cf. Beobachtung 11 und 12).

V. Der letale Ausgang kann nicht auf Veränderungen in der Blutbildung zurückgeführt werden.

VI. Die Schilddrüse dient nicht der Blutbereitung. Sie spielt eine wichtige Rolle im thierischen Haushalt und steht wahrscheinlich in Beziehung zu den nervösen Centren.

Die Experimente von Schiff, die im Allgemeinen die vorstehenden Ausführungen bestätigen, kamen den Verff. erst nach Redaktion ihrer Arbeit zu Gesicht.

E. Kurz (Florenz).

---

2. **O. Loew.** Über Silber reducirende thierische Organe.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIV. p. 596.)

L. theilt eine an sich ganz interessante Beobachtung mit. Lässt man eine ammoniakalische Silberlösung oder besser eine 1 %ige (schwach alkalisch reagirende) Lösung von Asparagin, die man eine Zeit lang mit gut ausgewaschenem Silberoxyd in Berührung gelassen hat, auf frische Froschnieren im Dunkeln einwirken, so findet man »den helleren meist mehrfach gebogenen Streifen auf der ventralen Seite des Organs etwas geschwärzt. Irgend welche Mittel, die ein Absterben der Zellen bewirken (Äther, Chloroform etc.), verhindern das Eintreten der Reaktion. L. schließt hieraus in Übereinstimmung mit früheren Angaben, dass »das lebende Protoplasma, d. h. das aktive Eiweiß desselben die Reaktion« veranlasse; besonders desswegen, weil die reducirende Substanz sich nicht mit Äther extrahiren ließ. (Das Unhaltbare der Anschauungen von L. ist bekanntermaßen von anderer Seite genügend dargethan worden. Ref.) Dagegen reducirte der Harn von Fröschen das Silberreagens. Auch eine Reihe anderer thierischer Organe, z. B. Hoden des Frosches im peritonealen Überzug, reagirte auf die Silberlösung wie die Nieren.

F. Röhmann (Breslau).

---

3. **Worm-Müller.** Die Ausscheidung des Zuckers im Harn des gesunden Menschen nach Genuss von Kohlehydraten.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIV. p. 577.)

Die bekannte Streitfrage, ob im Harn des gesunden Menschen Traubenzucker vorkommt oder nicht, kann man nach den neueren Untersuchungen als dahin entschieden betrachten, dass der normale Harn zum mindesten wahrscheinlich Traubenzucker in wechselnden Mengen (von 0,05 % oder mehr bis 0,01 % oder weniger) enthält. Ob sich nun diese Menge nach dem reichlichen Genuss von Kohlehydraten vermehrt? Auch hierüber liegen, wie sich aus den ausführlichen Citaten des Verf.s ergiebt, eine Reihe von sich zum Theil widersprechenden, jedenfalls ungenügenden Beobachtungen vor. Verf. untersuchte desshalb von Neuem den Harn von gesunden Men-

schen, nachdem dieselben bekannte Mengen verschiedener Kohlehydrate aufgenommen. Die sorfältigen und exakten Versuche ergaben Folgendes: Stärkehaltige Nahrung erzeugt keine nachweisbare Ausscheidung von Zucker oder zuckerbildender Substanz im Harne gesunder Menschen. Lävulose geht nicht in den Harn über. Nach Genuss von 50—250 g Milch-, Rohr- und Traubenzucker lassen sich geringe Mengen dieser Substanzen im Harn nachweisen (hierbei sei erwähnt, dass Verf. die Hefeprobe als eine gute Methode empfiehlt, um zu entscheiden, ob der Harn von Wöchnerinnen oder Säugenden, welcher Zuckerreaktion giebt, Milchzucker oder Traubenzucker enthält). Der ausgeschiedene Zucker entsprach stets der aufgenommenen Zuckerart. **F. Röhmann** (Breslau).

---

4. **S. J. Meltzer.** Zu den Schluckgeräuschen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 29 u. 30.)

Verf. fand in Verfolgung seiner bekannten Studien, dass das sekundäre oder Durchpressgeräusch am deutlichsten in dem Winkel gehört wird, der von dem linken Rippenbogen und dem Processus xiphoideus gebildet wird. Bei leerem (soll wohl heißen »lufthaltigem«, Ref.) Magen hört man das Geräusch in voller Deutlichkeit über dem ganzen Magen; je voller der Magen wird, um so höher wird der Ton und um so geringer die Ausdehnung, in der es gehört wird, bis es ganz verschwindet. M. glaubt, dass dieses Verhalten bei Dilatatio ventriculi diagnostisch verwerthbar sei.

Bezüglich des primären Durchspritzgeräusches giebt er zu, dass bei größeren Schlucken ein dumpfes Anschlagegeräusch an die geschlossene Cardia, in einzelnen Fällen auch ein kurzes Durchspritzgeräusch gehört werde. Im Allgemeinen jedoch hält er an seiner früheren Behauptung fest, dass dasselbe beim normalen Menschen fehle und dass erstes und zweites Geräusch sich gegenseitig ausschließen. Ein weiteres »Pylorusgeräusch« beschreibt M. als ein dem zweiten Schluckgeräusche ähnliches, viel intensiveres Geräusch, das man oft an sich selbst ohne alle Instrumente 15—20 Minuten, nachdem man Flüssigkeit zu sich genommen, periodisch durch längere Zeit wiederkehrend hören kann.

Bei mehreren Pat., welche die Symptome einer Insufficienz der Cardia darboten, verschwand nach Darreichung von $^1/_4$—$^1/_2$ mg Atropin das sonst vorhandene primäre Geräusch auf längere Zeit und hat M. dieses Mittel gegen Neigung zum Erbrechen während des Hustens so wie gegen übermäßiges Aufstoßen mit Erfolg angewandt. Mit Nachdruck weist Verf. auf die vielseitige, diagnostische Verwerthung der Auskultation der Magengeräusche, namentlich auch bei Erkrankungen des Centralnervensystems hin, wofür schon jetzt zahlreiche Anhaltspunkte vorliegen. **Escherich** (Würzburg).

---

5. **Gluczinski** und **Jaworski.** Methode für die klinische Prüfung und Diagnose der Störungen in der Verdauungsfunktion des Magens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 33.)

Das von dem Verf. in der kurzen vorläufigen Mittheilung angegebene Verfahren ist folgendes: Pat. erhält am Morgen nüchtern ein hartgesottenes Hühnereiweiß (ohne Dotter) nebst 100 ccm destillirten Wassers. Nach etwa fünf Viertelstunden wird der Mageninhalt aspirirt. Derselbe muss frei von Eiweißresten, klar, von neutraler oder schwach saurer Reaktion, frei von Salzsäure, aber pepsinhaltig sein, das Filtrat darf weder Syntonin- noch Peptonreaktion geben und mikroskopisch keine Fermentorganismen oder Kernzellen enthalten.

In jedem einzelnen Punkte können unter pathologischen Verhältnissen Abweichungen von der Norm auftreten. Hat die angeführte Untersuchungsmethode keine Abnormität in der Magenfunktion ergeben, so ist man berechtigt, ein auf nervöser Basis beruhendes Magenleiden anzunehmen. **Escherich** (Würzburg).

---

6. **Unschuld** (Neuenahr). Beobachtungen über Diabetes mellitus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 26.)

U. spricht sich auf Grund seiner Erfahrungen, für die er Belege bringt, dahin aus, dass Magenerkrankungen Diabetes hervorrufen können, woraus die praktische Konsequenz folgt, dass solche Heilquellen, welche erfahrungsgemäß günstig bei Magenkrankheiten einwirken, ebenfalls als Heilmittel beim Diabetes angesehen werden dürfen. Für eine andere Gruppe von Krankheitsfällen, bei denen es sich um nervöse unbestimmte Beschwerden und Klagen über Unterleibsstörungen handelt, die die Symptome des Diabetes verdecken können, findet U. die Ursache des Diabetes in einer Affektion des Sympathicus. Gerade für solche Fälle soll Neuenahr gute Dienste leisten, da dessen Quellen nicht schwächend wirken und durch Zusatz von Natron sulfuricum in ihrer Wirkung noch erhöht werden können.

Seifert (Würzburg).

---

7. **C. Seitz.** Die krupöse Pneumonie und die meteorologischen Verhältnisse in München in den letzten 20 Jahren.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1884. No. 33.)

Wenn gleich durch die Entdeckung der Pneumoniekokken »die Erkältung« als Ursache der krupösen Lungenentzündung in ein fragwürdiges Licht gestellt worden ist, so darf man doch den auffallenden und häufig genug konstatirten Zusammenhang zwischen gewissen meteorologischen Verhältnissen und dem Auftreten der Pneumonie nicht außer Acht lassen. In wie weit nun für München ein solcher Zusammenhang ersichtlich, hat Verf. durch ein Zugrundelegen des

Pneumoniematerials der letzten 20 Jahre festzustellen gesucht. Im Ganzen kamen 5905 krupöse Pneumonien während dieser Zeit zur Beobachtung. $^2/_3$ sämmtlicher Fälle fielen auf die Zeit vom 1. December bis 31. Mai; $^1/_3$ auf die übrige Zeit. Ein Einfluss der Lufttemperatur auf die Häufigkeit der Pneumonien konnte nicht konstatirt werden, dagegen war ein Einfluss der atmosphärischen Niederschläge unverkennbar; geringe Niederschläge — hohe Pneumonieziffer, reichliche Niederschläge — geringe Pneumonieziffer. Auch der Grundwasserstand war von Bedeutung. Regelmäßig sank mit dem Steigen des Grundwassers die Pneumoniefrequenz und umgekehrt. Es scheint also, dass geringe Bodenfeuchtigkeit der Entwicklung des Pneumoniecoccus günstig ist. **Leubuscher** (Breslau).

8. O. Rosenbach. Über regulatorische Albuminurie, nebst Bemerkungen über amyloide Degeneration.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VIII. Hft. 1 u. 2. p. 86—114.)

Die Wiedergabe eines vor 3 Jahren in der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur gehaltenen, eine Fülle neuer, schwerwiegender, im Wesentlichen auf theoretisirendem Wege gewonnenen Behauptungen aufstellenden Vortrags.

Im Verfolg der bereits in einer früheren Arbeit (vgl. dieses Centralblatt 1883 p. 410) ausgesprochenen Anschauungen erachtet der Verf., z. Th. auf dem Boden der Heidenhain'schen Theorie stehend, die Drüsenepithelien der Niere als automatisch funktionirende Regulirapparate, welche die Blutflüssigkeit auf einer normalen Koncentration zu erhalten haben, während die mechanischen Momente Blutdruck und Blutgeschwindigkeit nur sekundäre Hilfsmittel für die specifische Zellenthätigkeit darstellen, welche den biologischen (chemischen) Vorgängen im Körper freien Spielraum gewähren. Die beiden letzteren Faktoren sind koordinirt, ihrerseits abhängig von der Blutkoncentration, dem Ausdruck des Stoffwechselbedürfnisses, des Ernährungszustandes des Körpers, und vermögen weder die Vermehrung der Wasserausscheidung in der Niere durch Wasseraufnahme in das Blut, noch die Ausscheidung der festen Bestandtheile des Urins zu erklären. Die Ausscheidung der Stoffe seitens der Nieren ist in Bezug auf das »relative Exkretionsäquivalent« (d. i. das Verhältnis der in der Zeiteinheit ausgeschiedenen Stoffe zu der Gesammtmenge derselben im Blute) desshalb so außerordentlich unbedeutend — von je 1 g zugeführten Blutes führen die Organe nur $^1/_{12\,000}$ eines Gramm Wassers aus, während sie bei Zufuhr von nur einigen 100 g in das Blut sofort eine um das Mehrfache gesteigerte Sekretionsmenge darbieten; von je 0,25 mg Harnstoffs, den jedes Gramm Blut zuführt, wird nur ca. $^1/_{600}$ mg zur Ausscheidung gebracht —, weil die im Blute cirkulirenden Stoffe verschieden fest an dasselbe gebunden sind. Die »wirklich überschüssigen«, im Blute schwächer gebundenen Substanzen unterliegen der Ausfuhr durch die Nieren als purgatorische Organe. An der —

noch dunklen — Bindungsfähigkeit des Blutes scheinen namentlich die weißen Blutkörperchen Theil zu nehmen. Es ist des Ferneren die Bindungskapacität eine andere, wenn die Substanzen dem Verdauungstraktus einverleibt werden (festere Bindung), als wenn sie direkt in den Blutkreislauf gebracht werden (schwächere Bindung). Endlich werden auch die direkt in die Blutbahn eingeführten Substanzen selbst verschieden gebunden, je nachdem das Blut dieselben in größerer oder kleinerer Menge bereits enthält. Bei solchen Anschauungen stößt die Erklärung der Differenz der Peptonwirkung bei direkter Aufnahme in das Blut und vom Darmkanal aus auf keine Schwierigkeit.

Weiter rührt das Auftreten gewisser abnormer Substanzen (wie Eiweiß, Zucker) im Exkret nicht von einer Erkrankung, sondern im Gegentheil von einer verstärkten regulatorischen Thätigkeit des Ausscheidungsorganes her, welches größere für den Stoffwechsel unverwerthbare Mengen in lockerer gebundenem Zustande entfernt. Die Annahme, dass der normale Urin desshalb eiweißlos sei, weil den Nierenepithelien die besondere Fähigkeit, Eiweiß zurückzuhalten, zukommt, hält R. für müßig, da dieselben bei Injektion von Hühnereiweiß oder Hämoglobinurie beträchtliche Mengen von Eiweiß ohne eigene Schädigung passiren lassen; vielmehr fehlt das Eiweiß im Harne normaliter desshalb, weil das normale Blut das aufgenommene Eiweiß stärker bindet, als das Protoplasma der Niere.

Unter »regulatorischer Albuminurie« versteht nun Verf., getreu seinen Anschauungen von der principiellen Thätigkeit der purgatorischen Organe die Eiweißausscheidung mit dem Harn in Folge der regulatorischen Aktion der Niere, also im Wesentlichen dasjenige, was v. Bamberger als »hämatogene Albuminurie« bezeichnet hat. Diesen Formen gegenüber stehen die wirklichen Nierenerkrankungen, wobei eingeräumt wird, dass bei besonders bedeutender regulatorischer Anstrengung die Niere in sekundärer Weise durch Gewebsstörung (Entzündung) erkranken kann, so bei langdauernder paroxysmaler Hämoglobinurie.

Als specielle Formen der regulatorischen Albuminurie führt Verf. die Eiweißausscheidung bei der Hämoglobinurie, beim Ikterus, Durchfall, Diabetes, Fieber (in den meisten Fällen dürfte hier doch nur eine Abortivform der infektiösen Nephritis vorliegen, Ref.), bei der Peptonurie und bei Eiterresorption auf, also diejenigen Fälle, in welchen nur ungeformtes Albumin, allenfalls auch hyaline Cylinder ausgeschieden werden, während Entzündungsprodukte (weiße Blutkörperchen und die aus ihnen oder durch ihre Mitwirkung gebildeten Cylinder — rothe Blutkörperchen sind nur das Zeichen einer besonderen Akuität des Verlaufes) fehlen. Bezüglich der einzelnen Erklärungsversuche, welche beachtenswerthe Argumente enthalten, ist das Original einzusehen.

Endlich bemüht sich Verf., die Vorgänge bei der Transfusion und Verengerung der Nierenvene durch seine Theorie zu er-

klären. (Man vgl. Stokois' Recherches expérimentales sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie [Bruxelles 1867], so wie die neueren, ebenfalls vom Verf. nicht erwähnten Arbeiten von Senator [Berlin 1882], Semmola [Arch. de physiol. IX] und Brault [Arch. gén. de méd. 1882]).

Den Schluss der Abhandlung bilden Reflexionen über den Mechanismus der Albuminurie bei der amyloiden Entartung im Lichte der Regulationstheorie. Auch hier ist die — bekanntlich den anatomischen Nierenveränderungen nur in mangelhafter Weise proportionale — Eiweißausscheidung nur der Ausdruck eines größeren Zerfalles von Eiweiß im Körper durch eine zu geringe Bindung desselben im Blute; allen Grundkrankheiten der Entartung ist gemeinsam die reichliche Produktion und der Verlust an bedeutenden Mengen weißer Blutkörperchen, derart, dass die Kräfte des Organismus nicht mehr ausreichen, eine genügende Zahl der genannten Zellen für die Thätigkeit des Darms (Peptonbindung während der Digestion) zu stellen, oder dass die überschnell gebildeten Lymphkörperchen nicht mehr eine genügende Fähigkeit der Bindung für das Pepton haben. So cirkulirt eine größere Menge Eiweiß (Pepton) unverbrannt und unverbrennbar im Blute. Wahrscheinlich ist auch das Pepton oder eine diesem Körper nahestehende Eiweißmodifikation als dasjenige Albuminat anzusprechen, welches in die Gefäße abgelagert wird.

Fürbringer (Jena).

---

9. **E. Zillner** (Wien). Über Vergiftung mit chlorsaurem Kali.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 23.)

Verf. giebt in einer übersichtlichen Darstellung die Geschichte und das Krankheitsbild der Kali chloricum-Vergiftung, erläutert die spektroskopischen Veränderungen des Hämoglobins und weist darauf hin, dass zwar der Sektionsbefund für eine Methämoglobinvergiftung charakteristisch sei, dass aber eine solche auch noch durch eine Reihe anderer Substanzen hervorgerufen werden könne und dass zum sicheren Nachweis der Kali chloricum-Intoxikation die chemische Untersuchung des Harns oder Mageninhalts nothwendig sei. Die letztere würde natürlich um so schwieriger sein, je länger die Krankheitsdauer war.

Leubuscher (Breslau).

---

10. **Leidesdorf.** Über psychische Störungen im Kindesalter.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 26 u. 27.)

Die vorliegende Arbeit enthält im Wesentlichen nur ein kurzes Resumé der im Kindesalter beobachteten Geistesstörungen mit einigen neuen, selbstbeobachteten Fällen ausgestattet. Höchst erwähnenswerth aber erscheint der mitgetheilte Fall von Paralyse (der übrigens nicht erst der zweite publicirte ist, wie Verf. angiebt, sondern der vierte).

Der Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen, welches in gesundem

körperlichen Zustande in die Behandlung kam, mit hochgradiger Euphorie, Größenideen und dem Ausdrucke vollsten Glückes in Reden und Physiognomie. Die Sprache zeigt amnestische und motorische Störungen. Der Gang ist schleppend und unsicher. Pupillendifferenz. Allmählich weicht die Euphorie einem apathischen und stupurösen Wesen, die Demenz nimmt zu, auch körperlich verfällt Pat. allmählich. Unter Zunahme der Parese, automatischen Bewegungen, Zuckungen, Schlingbeschwerden und ausgebreitetem Decubitus tritt nach 2jährigem Verlaufe der Tod ein.

Autopsie: Spannung der Dura vermindert. Innere Hirnhäute getrübt. Windungen an der Sylvi'schen Spalte atrophisch, Inselwindungen verschmälert, Rinde röthlich. Hirnsubstanz zähe, sklerosirt, in beiden Lungen infiltrirte, käsige Massen, Herz klein. Hirngewicht 865 g.

Der mikroskopische Befund zeigt die Pyramidenzellen der Großhirnrinde in auffallend körnigem Zerfall. Im Gehirn Neubildung von Spindelzellen im engsten Anschluss an die Gefäßwandungen. Corticalis und Marksubstanz zeigen den gewöhnlichen Befund der Sklerose mit Degeneration vieler Ganglienzellen.

Der Fall ist in vieler Hinsicht bemerkenswerth, da er vor den von Köhler, Claus und Turnball veröffentlichten Fällen eine lange Beobachtungszeit, typischen Symptomenkomplex und genauen Sektionsbefund voraus hat und außerdem ein weibliches Individuum betrifft.

M. Cohn (Hamburg).

---

11. **Maragliano.** L'antipirina: nuovo antipiretico.

(Gaz. degli osp. 1884. No. 72.)

M. fügt den bisherigen Veröffentlichungen über Antipyrin seine eigenen auf seiner Klinik zu Genua angestellten Beobachtungen an, aus denen wir kurz Folgendes hervorheben:

Das beste Reagens auf Antipyrin ist das Jod-Jodkali, welches noch bei einer Antipyrinlösung von 1 : 100 000 deutliche Reaktion zeigt. Um das Medikament im Urin nachzuweisen, werden 6 ccm mit 5 Tropfen Acid. sulf. angesäuert, darauf 10 Tropfen des Reagens zugesetzt, worauf bei Anwesenheit von Antipyrin ein rothbrauner Niederschlag entsteht. Der Nachweis gelingt $^3/_4$ Stunden nach der Verabreichung und ist noch bis zum Ablauf von 36 Stunden möglich.

Der arterielle Blutdruck, mit dem Instrument von Basch gemessen, zeigt sich im Allgemeinen unverändert (eher Neigung zur Erhöhung). Die Hautgefäße erweitern sich unter dem Einfluss des Antipyrins (Untersuchung mit dem Plethysmographen von Mosso).

Bei Nichtfiebernden findet keine Temperaturerniedrigung statt. Die Respiration wird nicht direkt beeinflusst. Der Puls ist verlangsamt.

Bei Fiebernden tritt eine sichere antipyretische Wirkung ein, manchmal unter Schweiß, nie unter Frost.

1—$1^1/_2$ g bewirken eine Temperaturherabsetzung von ca. $^3/_4{}^0$ auf

5—7 Stunden, 2 g eine solche von 3—4° auf 6—8 Stunden (Maximum nach 2—3 Stunden). Successive Verabreichung, so dass innerhalb einiger Stunden 4—6 g verbraucht werden, hat eine antipyretische Wirkung auf 36—48 Stunden zur Folge.

M. empfiehlt die Anwendung in Lösung oder in Pulvern, bei der manchmal beobachteten Intoleranz von Seiten des Magens in Klysmen (3,0 auf 100,0 Wasser mit Opiumzusatz). Die Wirkung ist in dieser Form eben so energisch wie bei innerlicher Anwendung. Von den von Rank empfohlenen subkutanen Injektionen hat er keinen Vortheil gehabt.

Ob das Antipyrin außer der Wirkung auf das Fieber auch eine solche auf die Krankheit selbst hat, müssen erst weitere Beobachtungen zeigen.

(Ref. hat einige Typhen und ein infektiöses Erythem mit Antipyrin behandelt und dabei nicht nur eine prompte Wirkung auf die Temperaturen, sondern auch eine entschiedene Abkürzung des Krankheitsverlaufes beobachtet.) **E. Kurz** (Florenz).

---

12. S. Lustgarten. Ein neues Quecksilberpräparat.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 11—14.)

Es handelt sich um das Monate lang unzersetzt haltbare gerbsaure Oxydul, ein 50% Quecksilber enthaltendes, geruch- und geschmackloses Pulver, das u. A. die praktisch-wichtige Eigenschaft besitzt, von Salzsäure nur wenig angegriffen zu werden, hingegen bei Zusatz von selbst sehr verdünnten Alkalilösungen Hg-Metall abzuspalten. Das Präparat scheint somit den Magen ohne wesentliche Veränderung zu passiren und erst im Dünndarm die genannte Reduktion zu erleiden, um weiterhin auf dem Wege der Oxydation resorbirbares lösliches Quecksilberalbuminat oder lösliche Quecksilberseife zu bilden oder aber als feinstzertheiltes metallisches Quecksilber in die Lymphbahnen zu gelangen, hier lösliche Oxydationsstufen eingehend (höchst wahrscheinlich dürften alle drei Vorgänge an der Resorption betheiligt sein. Ref.).

Jedenfalls ist die Aufnahme des Merkurs bei der Darreichung des Hydrarg. tannic. oxydulat. eine bedeutende, wie Verf. durch Harnanalysen (Fürbringer-Paschkis'sche Modifikation des Ludwig'schen Verfahrens) nachgewiesen.

Das Präparat wurde endlich in 12 Fällen von Syphilis verschiedenen Grades, Charakters und Alters (aus der Kaposi'schen Klinik, Näheres s. im Original) in Einzeldosen von 0,1 mit bestem Erfolg angewandt sowohl in Bezug auf therapeutischen Effekt, als auf den Mangel von Nebenerscheinungen. Insbesondere blieb die Verdauung ungestört, der Stuhl normal. Nur einmal trat leichte Stomatitis auf.

Fürbringer (Jena).

---

13. **F. E. M'Farland.** Remarks on a few Plans of Treatment of Asiatic Cholera, especially with reference to Permanganate of Potassium.

(Dublin journ. 1884. August.)

Verf. hat während eines 13jährigen Aufenthaltes in Indien Gelegenheit gehabt, Beobachtungen sowohl in seiner eigenen Praxis, als auch in der von anderen Ärzten, anzustellen über die Wirksamkeit verschiedener Heilmethoden bei der asiatischen Cholera. Von einer Behandlung mit Kalomel oder mit Opium hat er gar keine Erfolge gesehen, auch die »Salzbehandlung« (Chlornatrium, Natr. bicarbon., Chlorkalium) ist, wenn auch nicht völlig wirkungslos, doch nicht von entschiedenem Nutzen. Viel bessere Erfolge erzielt man dagegen durch die Darreichung von Belladonna (Extract. Belladon. 0,015, Chinin sulphur. 0,12, $^1/_2$ oder 1stündlich). Besonders ist diese letztere Medikation von Nutzen im Stadium algidum der Cholera. Die Kranken gerathen gewöhnlich nach der Belladonnamedikation in lebhafte Unruhe, die Temperatur steigt; sobald die Wirkung des Mittels vorüber ist, tritt wieder Collaps ein. Aus letzterem Grunde ist eine sehr genaue Überwachung des Kranken nothwendig. Am besten und empfehlenswerthesten ist die Behandlung mit Kal. hypermangan. (0,06 Kal. hyp., 120,0 Aqu. dest., alle 10 Minuten 1 Theelöffel). Die Wirkung tritt rasch ein (wann? Ref.). Die Brechneigung lässt zuerst nach, dann der Durst, die Durchfälle und Wadenkrämpfe schwinden und nach einigen Stunden beginnt auch die Harnausscheidung wieder. Bei dieser Art der Behandlung kann der Pat. so viel trinken, wie er will. Am besten ist ein Getränk aus etwas Hafermehl mit warmem Wasser.

Um den Erfolg der Behandlung zu unterstützen, kann man Sinapismen auf die Herzgegend und das Epigastrium legen lassen.

Über eine Injektionsbehandlung der Cholera hat Verf. keine Erfahrung, dagegen hat er in einem schon verloren gegebenen Falle einen eklatanten Erfolg von einer Venäsektion gesehen. Letzterer bot in so weit Schwierigkeiten dar, als aus der eröffneten Vene zuerst kein Blut fließen wollte. **Leubuscher** (Breslau).

---

14. **F. Ganghofer.** Über die Behandlung der Tuberkulose nach Buchner's Methode.

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 20.)

Angeregt durch Buchner's vielbesprochene Arbeit über die ätiologische Therapie und Prophylaxis der Tuberkulose, hat Verf. das Arsen bei Behandlung der Phthise in Anwendung gezogen und berichtet in vorliegender Arbeit über die von ihm erreichten Resultate. Seine Untersuchungen sind an poliklinischen Pat. angestellt, welche z. Th. Larynxaffektionen tuberkulöser Natur zeigten. Gerade die Pat. mit Larynxphthise hielt Verf. für besonders geeignet zur Prüfung

des Buchner'schen Verfahrens, weil sich bei ihnen der Verlauf der Affektion mit dem Auge verfolgen lässt, und eine wirkliche Heilung daher leicht zu konstatiren wäre. Es handelt sich im Ganzen um 24 genau beobachtete Fälle, von denen 8 weniger als 3 Wochen in Behandlung waren, während ein Pat. 10 Monate lang unter Einschaltung zeitweiliger Pausen Arsenik nahm (im Ganzen 1,4 g Acid. arsenicos.). Das Resultat, zu dem Verf. gelangt, ist folgendes: Die Lokalerkrankung hat er in einem Theile der Fälle unter der Arsenbehandlung fortschreiten, in anderen Fällen stillstehen und 2mal rückgängig werden sehen. Eine deutliche Beeinflussung derselben durch die Medikation ließ sich nicht konstatiren. Regelmäßige Körperwägungen sind in 19 Fällen vorgenommen worden. Von diesen 19 Fällen zeigten 14 eine Zunahme, 4 eine Abnahme des Körpergewichts. In 1 Falle, in welchem nur 14 Tage lang Arsen gebraucht wurde, blieb das Gewicht konstant. Die Zunahme ist meist keine konstante, sondern nachdem ein gewisses Maximum erreicht ist, beginnt gewöhnlich das Körpergewicht wieder zu sinken, bleibt aber doch meist über dem Niveau, das es vor Beginn der Arsenkur erreichte. Unternimmt man dann nach einiger Zeit eine neue Kur, so sieht man gewöhnlich das Gewicht auch wieder zunehmen. In den 4 Fällen, in denen unter dem Gebrauch des Arsen das Körpergewicht der Pat. sank, lagen besondere Umstände vor, die dieses abweichende Verhalten erklärten. Verf. hebt hervor, dass kleinere Gaben (5 mg pro die) ihm in Bezug auf die Gewichtszunahme wirksamer zu sein schienen als größere (10 mg pro die). (Ich habe im Gegentheil öfters in Fällen, in denen kleinere Gaben unwirksam blieben, nach Anwendung von 10 mg pro die, die Gewichtssteigerung eintreten sehen. Ref.) Schwere Intoleranzerscheinungen, die zum Abbrechen der Kur nöthigten, traten nur in zwei Fällen auf; 9 Kranke gaben spontan an, dass ihr vorher schlechter Appetit sich während der Behandlung gehoben habe; in 10 Fällen war der Appetit auch vor der Arsendarreichung gut gewesen und blieb es während derselben, in 3 Fällen war und blieb die Esslust gering, während sie sich in 2 Fällen wechselnd verhielt. 7 Kranke gaben ausdrücklich an, dass ihr Kräftezustand und ihr Allgemeinbefinden sich während der Behandlung gebessert habe; von den anderen war keine wesentliche Änderung beobachtet worden.

An die Mittheilung seiner Resultate knüpft G. einen litterarischen Überblick über die Publikationen, welche bisher über den Gegenstand erschienen sind, und fasst schließlich seine Anschauungen in einigen außerordentlich vorsichtig formulirten Thesen zusammen, aus denen als Wesentlichstes hervorzuheben ist, dass er die Anwendung des Arsens in leichteren Fällen von Lungenphthise empfiehlt, während er in schweren Fällen sich keinen Erfolg von derselben zu versprechen wagt. (Die sehr objektiv gehaltene Arbeit G.'s hat zunächst das große Verdienst, gezeigt zu haben, dass bei richtiger Auswahl und genauer Beobachtung der Fälle auch das poliklinische Material zur Prüfung der wichtigen, von ihm diskutirten Frage benutzt werden

kann. Im Übrigen stimmen seine Resultate bis auf Einzelheiten mit den von mir wiederholt publicirten überein. Nur die von mir jetzt schon vielfach beobachtete Wirksamkeit der Arsenmedikation gegen die Schweiße der Phthisiker vermochte G. nicht zu konstatiren, was sich vielleicht durch die in diesem Punkte natürlich nicht mit genügender Sicherheit durchzuführende Beobachtung seiner Pat. erklären dürfte. Jedenfalls geht aus der Arbeit wieder hervor, dass es doch wohl verfrüht wäre, die ganze Frage nach der Bedeutung des Arsens bei der Behandlung der Phthise schon jetzt als im negativen Sinne entschieden zu betrachten, wie es Unverricht in einem in den »Fortschritten der Medicin« erschienenen Referate thut und zu thun anräth. Ref.) **G. Kempner** (Berlin).

---

15. **Hack.** Beiträge zur Exstirpation der nasalen Schwellapparate.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 28.)

Obiger Aufsatz, welcher im Gegensatz zu den bisher auf den gleichen Gegenstand bezüglichen, sich durch ihre strenge Objektivität und bemerkenswerthe Sachlichkeit auszeichnenden Publikationen H.'s, in einem mehr als souveränen, vielfach aggressiven Tone gehalten ist, bringt abgesehen von einer den jetzigen Modus operandi H.'s betreffenden, also rein technischen Mittheilung, nichts Neues; so ist, was H. als scheinbar neu in den Vordergrund stellt, von verschiedenen Seiten, speciell dem Ref., darauf hingewiesen worden, dass keineswegs lediglich die vorderen Enden des Überzugs der unteren Muscheln mit Vorliebe erkranken, sondern dass gar nicht selten die Bekleidung dieser Muschel diffus verändert ist und dass in gleicher Weise die Bekleidung der mittleren Muscheln an der Erkrankung participirt. Ref. hat über die Häufigkeit des Erkrankens der einzelnen Muscheln ganz bestimmte Angaben gemacht (Deutsche med. Wochenschrift 1884 No. 18) und auch darauf hingewiesen, dass der gleiche pathologische Process in seltenen Fällen auch an der Schleimhaut des Septum zur Beobachtung kommt. Dass alle diese Theile (nicht bloß die vorderen Enden der unteren Muscheln, wie das H. gethan zu haben scheint) therapeutisch berücksichtigt und die erkrankten Herde radikal zerstört werden müssen, darin stimmt Ref. dem Verf. vollständig bei, aber dass auch dann nicht alle Reflexneurosen heilen, muss aufs Entschiedenste behauptet werden und dass dies selbst bei ganz gründlich operirten Fällen leider zutrifft, ganz speciell für die am bei Weitem häufigsten mit den in Rede stehenden Nasenaffektionen vergesellschaftet auftretende Reflexneurose, ich meine das Bronchialasthma, dürfte auch H. nicht unbekannt sein. Dass sich H. für das event. Herausmeißeln der Muscheln in Fällen, wo durch die galvanokaustische Zerstörung des Überzuges nicht genügend Raum geschaffen wird, mit aller Reserve ausspricht, kann nur gebilligt werden. Für die von H. als neu beschriebene Methode des »Furchenziehens« nimmt

in No. 29 der Deutschen med. Wochenschrift Herr Bresgen die Priorität in Anspruch (es führen aber viele Methoden zum Ziel und Ref. hat keine Veranlassung, den von ihm benutzten Flachbrenner, mit dem sehr wohl die Gewebe auch in der Tiefe zerstört werden können, bei diesen Operationen aufzugeben). Dass H. die galvanokaustische Schlinge wieder zu Ehren kommen lässt, von deren Benutzung er gerade bei diesen Operationen abgerathen hat, ist ganz im Sinne des Ref. Auch bezüglich der Nachbehandlung nach dem galvanokaustischen Eingriff vertritt Ref. den Standpunkt H.'s, dass die Anwendung der Nasendusche von Übel ist. Dass man von einem Zusammenhang etwaiger Neurosen mit Erkrankungen der Nase nur dann reden und von einer operativen Behandlung der letzteren eine Beseitigung der ersteren nur dann erwarten kann, wenn auch auf eine Erkrankung der Nase hinweisende Symptome bestehen, betont H. mit vollem Recht; aber, wie erwähnt, entspricht auch dann der Erfolg nicht immer den Erwartungen, wenn man auch in vielen Fällen wirklich glänzende Resultate erzielt. Und gerade die negativen Erfolge sind es, wie H., dem Ref. aus voller Überzeugung beipflichtet, seinen Aufsatz schließt, »welche in fruchtbringender Weise eine stete Anregung zu weiterem Forschen geben«.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

16. **Lebreton.** Caverne considérable latente.

(Progr. méd. 1884. No. 31.)

Wohl ein Unikum mit Rücksicht auf die Größe des Hohlraumes. Ein 28jähriger Mann erleidet eine geringfügige Hämoptoe, erfreut sich während der nächsten drei Jahre einer ausgezeichneten Gesundheit, hat weder Husten noch Auswurf und bleibt wohlgenährt. Zugleich mit plötzlichem heftigen Seitenstechen linkerseits setzt Dyspnoe ein. Man findet in der Fossa supraspinata amphorisches Athmen ohne Rasseln und diagnosticirt einen umschriebenen Pneumothorax. Vier Tage später geht der Kranke suffokativ zu Grunde. Die Sektion deckt von Tuberkeln durchsetzte Lungen und im linken Oberlappen eine 300 ccm fassende alte Kaverne ohne Bronchienkommunikation, keinen Pneumothorax auf.

Fürbringer (Jena).

17. **H. Steinbrück** (Reutlingen). Reflexneurose ausgehend vom linken Ohr.

(Med. Korrespondenzbl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1884. No. 26.)

Ein 21jähriger Soldat seit seiner Jugend stets schwächlich, erkrankte plötzlich, ohne bekannte Veranlassung mit Schwindel, Ohrensausen auf dem linken Ohre, Übelkeit, unsicherem, schwankenden Gang, Erbrechen, Schmerzen in der linken Schläfengegend, Schwerhörigkeit. Die Untersuchung ergab leichte Parese des linken Facialis, Thränenträufeln des linken Auges, Injektion der Conjunctiva bulbi sinistri, starke Amplyopie mit koncentrischer Gesichtsfeldverengerung linkerseits, Abweichen der Zunge nach rechts. Im linken Ohr findet sich akuter Katarrh des

äußeren Gehörganges an der Trommelhöhle mit fast völliger Aufhebung der Hörfähigkeit. Weiter findet sich in der linken Schläfen-, Scheitel- und Wangengegend eine scharf abgegrenzte Zone von Anästhesie. Der Gang ist stark schwankend, taumelnd und wird das Schwanken bei Augenschluss stärker. Innerhalb von acht Tagen war Pat. so weit wieder hergestellt, dass er in seinen Truppentheil eingestellt werden konnte. Die Krankheitserscheinungen waren zwar noch nicht völlig geschwunden, doch fühlte sich Pat. ganz wohl. Die Therapie beschränkte sich im Wesentlichen auf die Ohraffektion.

(Es erscheint doch zweifelhaft, ob man die Krankheitserscheinungen insgesammt von der Ohraffektion abhängig machen kann; einzelne Symptome sprechen doch entschieden gegen eine Reflexneurose. Ref.) **Leubuscher** (Breslau).

18. E. Gaucher et P. Duflocq. Arthropathie tibio-péronéo-tarsienne gauche tabétique.

(Revue de méd. 1884. No. 5.)

Im Verlaufe einer typischen Tabes traten ganz plötzlich im linken Tibio-tarsalgelenk sehr lebhafte Schmerzen mit einer starken Anschwellung desselben auf, die sich auch nicht wieder legte, während die Schmerzen nach einiger Zeit schwanden. Mehrere Monate später traten die Schmerzen von Neuem auf, verbunden mit Ödem des ganzen Beines und zwei sehr bedeutenden Abscessen. Zur Zeit besteht eine sehr erhebliche Difformität des linken Fußgelenkes. Während die Tarsal- und Metatarsalknochen keine Anomalie zeigen, — mit Ausnahme des ersten Metatarsalknochens, der an seiner Spitze erheblich aufgetrieben ist, — sind die beiden Malleolen erheblich geschwollen, besonders an der vorderen Partie. Die Tibia ist in ihrem untersten Drittel gekrümmt, mit der Konkavität nach innen. Der Malleolus externus ist erheblich stärker afficirt. Schon am unteren Viertel der Fibula beginnt eine Auftreibung, die ihren Höhepunkt am Malleolus selbst erreicht. Weder bei aktiven noch bei passiven Bewegungen, noch bei Druck treten Schmerzen in den Hyperostosen auf. **E. Stadelmann** (Königsberg).

19. E. G. West. A case of myxoedema with autopsy.

(Boston med. and surg. journ. 1884. No. 3. p. 50.)

Fall von Myxödem bei einer hereditär mit Neurosen belasteten Frau, der, sehr genau mitgetheilt, im Wesentlichen mit den bislang beobachteten Fällen übereinstimmt. Gegen Ende des Lebens traten Schluckbeschwerden auf, die Zunge war enorm geschwollen, presste überall an die Zähne, auch das Wassertrinken war sehr erschwert. Bei Anstrengungen wurde Pat. rasch dyspnoisch, während des Schlafes wurde Cheyne-Stokes'sches Phänomen beobachtet. Eines Nachts trat ganz plötzlich während des Schlafes der Tod ein. Eine Menge, während des Lebens angestellter therapeutischer Maßnahmen war ganz ohne Nutzen geblieben.

Die Autopsie wurde sehr bald nach dem Tode angestellt.

Sie ergab außer den im Leben schon beobachteten ödematösen Veränderungen der Haut auch eine ähnliche Infiltration der Lungenschleimhaut, welche zur Verengerung der Stimmritze geführt hatte und wahrscheinlich auch die Todesursache war. Gehirn normal; die Thyreoidea wurde beim Herausnehmen so verletzt, dass ihre Größe nicht zu bestimmen war. Ihr Aussehen bot nichts Besonderes. Notirt ist noch ein reichlicher Blutgehalt in der Milz, den Nieren und der Leber.

Edinger (Frankfurt a/M.).

20. G. Pintér. Einige neue Fälle von Myositis ossificans progressiva.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VIII. Hft. 1 u. 2. p. 154—174.)

Die Krankengeschichten dreier Fälle, zweier fremder (16jähriger Knabe, 11jähriges Mädchen) und eines eigenen (Mädchen von 20 Jahren) nebst Epikrise. Be-

sonders der letztere Fall ist durch in- und extensive Ausbreitung des pathologischen Processes ausgezeichnet und auf das Genaueste erschlossen. Die Kranke macht den Eindruck einer regungslosen Bildsäule: fast unbewegliches Caput obstipum, Zahnreihen zusammengepresst, Kiefergelenkankylose (Verknöcherung der Kaumuskeln), so dass Pat. durch eine Zahnlücke wie ein Säugling gefüttert werden muss; bedeutende Difformität des Thorax und Rückens, an welchem mächtige, eigenthümlich gestaltete Knochenwülste vorspringen; Achselhöhlen in starrwandige Gruben verwandelt, Wirbelsäule vollkommen unbeweglich; Unterleibsmuskulatur intakt; Arm im Schultergelenk unbeweglich fixirt, Beweglichkeit im Ellbogengelenk beschränkt, in den Fingergelenken frei; Finger selbst auffallend zierlich und klein; untere Extremitäten in Hüft- und Kniegelenk starr fixirt. Nur mit Mühe vermag die hilflose Kranke durch alternirendes Heben der Beckenhälften und Vorschleifen der Füße kleine Strecken zu gehen. Gutes Allgemeinbefinden, heiteres Naturell, rege Arbeitslust (die Kranke strickt fast unausgesetzt). Sensibilität, Raumdruck- und Temperatursinn intakt. Die galvanische Muskelprüfung ergiebt modificirte Entartungsreaktion. Entsprechend den intensiven Störungen des Muskelstoffwechsels ausgesprochene Verminderung der Harnsäure-, Kreatinin- und Erdphosphat-Ausscheidung mit dem Harn; Harnstoffausfuhr normal (Details im Original einzusehen). Normale Körpertemperatur. Bemerkenswerth ist das Bestehen von Tachykardie (100—130 Pulse, im Durchschnitt 116), welche auf eine Affektion des Sympathicus bezogen wird, zumal mit Rücksicht auf anderweitige Symptome einer Lähmung des linken Halssympathicus (besonders halbseitige Hyperhidrose am Kopf).

Den Schluss bilden einige Bemerkungen über die in der Litteratur vorliegenden Fälle vergleichenden Charakters. Verf. ist der Ansicht, dass eine kongenitale Prädisposition zur Krankheit besteht, da äußere Schädlichkeitsmomente meist fehlen, das Leiden sich sehr frühzeitig entwickelt, und in einer Reihe von Fällen die seltene angeborene Mikrodaktylie konstatirt worden. Jede Therapie ist absolut ohnmächtig. **Fürbringer** (Jena).

21. Charcot et Féré. Traitement de la migraine ophthalmique.

(Progr. méd. 1884. No. 23.)

Die im Titel bezeichnete, durch Flimmerskotom oder Hemianopsie, durch supraorbitalen Sitz des Schmerzes, Übelkeit und Erbrechen charakterisirte Form der Hemikranie ist einer wirksamen Behandlung zugänglich und in hohem Grade bedürftig, in so fern andernfalls das Leiden sich durch bedenkliche Komplikationen, wie Aphasie, Agraphie, Monoplegie, Hemiplegie, partielle Epilepsie, die zunächst transitorisch auftreten, später permanent werden, zur schweren Krankheit gestalten kann. Die Therapie ist keine andere als diejenige der Epilepsie, also Brompräparate 3—4 Wochen lang in steigenden, später fallenden Dosen gereicht. Selbstverständlich ist nur da ein Effekt zu erwarten, wo materielle Läsionen als Grundlage (wie z. B. bei der beginnenden allgemeinen Paralyse) nicht vorhanden sind.

Fürbringer (Jena).

22. Afanassiew. Méthode nouvelle de transfusion.

(Progr. méd. 1884. No. 25.)

Es besteht dieselbe in einer vorgängigen Peptonisation des Blutes, durch welche die Coagulationsfähigkeit aufgehoben wird. Die bislang nur an Thieren vorgenommenen Experimente fielen ermunternd aus. **Fürbringer** (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Nothnagel, Rühle,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, P. Ehrlich, D. Finkler, A. Fränkel,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 43. **Sonnabend, den 25. Oktober.** **1884.**

1. **Kronecker.** Die Schluckbewegung.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 16—24. Beilage.)

Verf. giebt ein mit zahlreichen historischen Rückblicken und interessanten Beobachtungen aus der vergleichenden Physiologie ausgestattetes Résumé seiner bekannten, in Gemeinschaft mit Meltzer ausgeführten Studien über die Schluckbewegung, aus welchem wir hier nur das Allerwichtigste wiedergeben können. Die Beförderung des Bissens durch die Mundhöhle hindurch geschieht mittels der Zunge in ganz willkürlicher Weise; an der Zungenwurzel angelangt leitet der Bissen reflektorisch (auch auf dem Wege des Laryngeus superior) den eigentlichen Schlingakt ein. Derselbe zerfällt in eine kurze einfache Haupthandlung und ein komplicirtes Nachspiel. Nachdem der Schlundraum durch geeignete Muskelaktion nach allen Seiten hin luftdicht geschlossen ist, wird in demselben durch kraftvolle

Kontraktion des Mylohyoideus (Hebung des Mundbodens), in zweiter Linie durch Kontraktion der Konstriktoren ein Überdruck von 20 cm Wasser erzeugt, so dass der in dem untersten Raume befindliche Bissen wie von dem Stempel einer Spritze nach der Seite des geringsten Widerstandes, i. e. Ösophagus, getrieben wird, und bei völlig erschlaffter Ösophagusmuskulatur sofort bis zur Cardia gelangt.

Diesem in weniger als 0,1 Sekunde ablaufenden Haupttakt der Schlingbewegung folgt eine langsam und in Absätzen von oben nach unten verlaufende, peristaltische Welle, die etwa im Schlundrohre haften gebliebene Speisereste nach unten befördert. Dieselbe beginnt bei den Konstriktoren und theilt auf ihrem Verlauf durch den Ösophagus denselben in drei scharf getrennte Abschnitte, deren jeder erst nach Ablauf der Kontraktion des vorhergehenden gleichzeitig in ganzer Ausdehnung sich zusammenschnürt. Es verfließen zwischen den Kontraktionsanfängen

des Mylohyoideus und denen der Konstriktoren	0,3	Sekunde
der Konstriktoren und dem ersten Ösophagusabschnitt	0,9	»
dem ersten Ösophagusabschnitt und dem zweiten	1,8	»
dem zweiten Ösophagusabschnitt und dem dritten	3,0	»

Zugleich nimmt entsprechend dem anatomischen Verhalten der Muskulatur die Dauer des Ablaufes der Kontraktion von oben nach unten zu; in dem obersten, mit quergestreiften Muskeln versehenen 6—10 cm langen Halsabschnitt des Ösophagus beträgt dieselbe 2 bis 2,5 Sekunden; in dem mittleren »Brusttheil«, der sowohl quergestreifte als glatte Muskulatur führt, mindestens 5 Sekunden, in dem dritten ausschließlich mit glatten Muskelfasern versehenen 6—7 Sekunden, so dass die Dauer des einzelnen, ganzen Schlingaktes 8—10 Sekunden währt. Diese zuletzt erwähnte Kontraktionswelle ist es auch, welche den von dem tonisch kontrahirten Cardiatheil des Ösophagus festgehaltenen Bissen zusammen mit den nachgefegten Speiseresten unter Erzeugung des »Durchpressgeräusches« in den Magen hineinpresst. Nur in seltenen Fällen scheint der Verschluss des Magens kein so fester zu sein, so dass der ganze Bissen oder der größte Theil desselben schon beim ersten Schlingakt durch die offene Cardia »hindurchgespritzt« wird.

Was geschieht aber, wenn man dem ersten Schluck einen zweiten folgen lässt, bevor der Ösophagus wieder geöffnet ist? Es tritt alsdann gleichzeitig mit der Bewegung des ersten Abschnittes (Gruppe des Mylohyoideus) eine Hemmung der reflektorischen Kontraktion der tieferen Abschnitte ein, so dass auf eine beliebig große Reihe genügend rasch nach einander ausgeführter Schluckbewegungen nur eine einzige Ösophaguskontraktion folgt. War jedoch die Kontraktion eines Abschnittes bei Beginn des Schlingaktes schon eingeleitet, so läuft dieselbe unverändert ab und wird der Bissen durch den kontrahirten Theil hindurchgespritzt. Schließlich wahrt Verf. sein Prioritätsrecht gegenüber Arloing, welcher auf Grund früherer richtig ge-

sehener, aber unrichtig gedeuteter Beobachtungen die Entdeckung dieser interessanten Reflexhemmung für sich in Anspruch nimmt.

Escherich (Würzburg).

---

2. **A. Baginsky.** Über das Vorkommen von Xanthin, Guanin und Hypoxanthin.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. VIII. p. 395.)

Unter Leitung und mit Benutzung der Methoden von Kossel fand B. im Peccothee Xanthin und Hypoxanthin. (Warum in dem einen Fall nur Xanthin, im anderen nur Hypoxanthin gefunden wurde, wenn doch beide normale Bestandtheile des Thees sind, ist nicht ersichtlich. Ref.)

Eine andere Versuchsreihe ergab, dass Guanin, Xanthin und Hypoxanthin durch die Fäulnis zerstört werden.

Nach Fütterung von 4,81 g Hypoxanthin fand sich das Hypoxanthin im Harn des mit Fleisch gefütterten Versuchshundes nicht vermehrt. Übergang in Harnsäure?

Interessant ist, und wie B. selber angiebt eines weiteren Studiums werth, die ziemlich regelmäßige Vermehrung, welche die Xanthinkörper im Harn von an Nephritis leidenden Kindern zeigen. In einem Falle hat B. nach mehrtägiger Anurie im Harn eines nephritischen Kindes in relativ reichlicher Menge einen eigenartigen dem Guanin ähnlichen Xanthinkörper beobachtet (vgl. Verhandl. d. phys. Ges. in Berlin Jahrg. 1883/84 No. 6).

Versuche über die Wirkung des Xanthins im Organismus gaben ein im Wesentlichen negatives Resultat. **F. Röhmann** (Breslau).

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

3. **F. Hueppe.** Untersuchungen über die Zersetzungen der Milch durch Mikroorganismen.

(Bd. II. p. 309.)

Den Eingang der Arbeit bildet eine ganz vortreffliche historische Einleitung. H.'s eigene Versuche bezogen sich zunächst auf Sterilisirung der Milch. Er hält vom chemischen und phisiologischen Standpunkte aus die Sterilisirung der Milch für die richtigste, welche unter 75° ausgeführt wird. Sicher gelingt die Sterilisirung bei 60 bis 75° aber nur, wenn die Milch 5 Tage hinter einander jeden Tag eine ganze Stunde lang dieser Temperatur ausgesetzt wird. Bei längerem Stehen tritt in solcher Milch, deren Geschmack sich von dem der frischen Milch kaum unterscheidet, ein beim Umschütteln wieder verschwindender Bodensatz auf, welcher aus Kaseïn besteht. Durch strömende Dämpfe von 100° wird die Milch natürlich auch und zwar ziemlich rasch sterilisirt, sie ändert dabei aber ihre chemische Zusammensetzung etwas (Ausscheidung von Serumeiweiß, Änderung im Verhalten gegen Lab, Änderung des Zuckergehaltes).

Nachdem eine Methode der Milchsterilisirung gefunden war, konnte H. daran gehen die organisirten Gebilde, welche die Milch zu enthalten pflegt, zu studiren. Es gelang ihm den Organismus der Milchsäuregährung 78mal umzuzüchten, ohne dass sich in der Form und Wirkung desselben irgend ein Unterschied eingestellt hätte. Dass der Organismus (ein Bakterium) wirklich Milchsäure bildet, wurde durch Darstellung des Zink- und Kalksalzes der gebildeten Milchsäure dargethan. Der Organismus bildet kurze, dicke Zellen, welche $^1/_2$mal länger als breit und zu zweien angeordnet sind. Die Zellen sind bewegungslos und haben die Form kurzer, plumper Stäbchen. Außerdem wurden auch Sporen beobachtet, welche stark lichtbrechend sind und sich mit Tinktionsmitteln nicht färben lassen. Das Verhalten der »Säureorganismen« gegen Temperaturen war folgendes: unterhalb 10° hörte jede Entwicklung auf. Zwischen 10 und 12° begann die Entwicklungsfähigkeit, war aber überaus spärlich und die Säurebildung blieb minimal. Bei 15° wurde die Entwicklung etwas stärker. Die günstigsten Temperaturen sind die zwischen 35 und 42° C. Über 42° fängt die Schnelligkeit der Säurebildung wieder an nachzulassen und hört zwischen 45,3 und 45,5° C. ganz auf.

Die Milchsäurebakterien bilden aus Milchzucker Rohrzucker, Mannit, Dextrose, Milchsäure. Waren die Gläser bei niederer Temperatur sterilisirt, so stellte sich mit Auftreten der Trübung durch Wachsthum der Bakterien eine Änderung im Drehungsvermögen der Substanzen ein, welche es wahrscheinlich macht, dass die Bakterien die Fähigkeit besitzen Disaccharate zu hydratisiren und nicht den Milchzucker direkt in Milchsäure und Kohlensäure umzusetzen. Die Isolirung eines hydratisirenden Enzyms, eine Trennung desselben von den Bakterien, wie wir es bei der Hefe im Invertin kennen, gelang nicht. Man kann die Milchsäurebakterien natürlich auch in anderen Nährlösungen als in Milch züchten, worüber im Original das Nähere. Außer der Eigenschaft Milchsäure zu bilden, haben sie auch noch diastatische aber keine peptischen Eigenschaften. Die Alkoholbildung in der Milch beim künstlichen Kumys kommt durch vereinte Thätigkeit der Milchsäurebakterien und Hefe zu Stande; beim echten Kumys handelt es sich wohl um den von Kern (1882) als Diaspora caucasica bezeichneten Mikroorganismus.

Zum Zustandekommen der Milchsäurebildung in der Milch ist unbedingt Sauerstoff erforderlich. Die Menge der gebildeten Säure wächst proportional der Sauerstoffzufuhr.

Auf des Verf.s weitere werthvolle Mittheilungen über den Bacillus der Buttersäuregährung, die Organismen der blauen Milch, der schleimigen Milch etc. können wir hier nicht näher eingehen.

Kobert (Straßburg i/E.).

4. **Rioschiro Maki** (aus Japan). Über den Einfluss des Kamphers, Koffeïns und Alkohols auf das Herz.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1884. 8. 59 S.

In der Einleitung beschreibt M. zunächst einige Verbesserungen, welche der Williams'sche Apparat im Laufe der letzten Jahre erfahren hat und mit Hilfe deren der Apparat zum Studiren von Herzgiften ein geradezu unentbehrliches Hilfsmittel geworden ist. (Derartig verbesserte Apparate sind bereits in Gebrauch in Nordamerika, England, Schottland, der Schweiz, Italien, Belgien, Russland.)

Kampher.

Mit Hilfe obigen Apparates wurde gezeigt, dass der Blutdruck 5—6 Minuten nach der Einführung von Kampher oder Kampherol steigt und nach einigen Minuten wieder sinkt. Dieses Aufsteigen wiederholt sich mehrere Male, dauert aber nie lange. Auch an chloralisirten und an curarisirten Warmblütern war die Steigerung des Blutdrucks nach Kamphereinführung sehr wahrnehmbar.

Koffeïn.

Am Williams'schen Apparate vermag das Koffeïn nur sehr geringe, kurzdauernde, oft auch gar keine Blutdrucksteigerung hervorzurufen; dasselbe ist bei Versuchen an Säugethieren der Fall. Man ist daher, wie Ref. in diesem Blatte schon früher betont hat, absolut nicht berechtigt das Koffeïn der Digitalisgruppe zuzurechnen, obwohl sein nützlicher Einfluss auf hydropische Pat. feststeht.

Alkohol.

Kleine Alkoholmengen verursachen eine geringe Steigerung des Blutdruckes, wobei die Herzkontraktionen energischer und der Puls beschleunigter werden. Dieser nützliche Einfluss auf das Herz tritt auch zu Tage, wenn das Herz durch Kupfervergiftung künstlich geschwächt worden ist. Ob diese am Williams'schen Apparate gewonnenen Resultate direkt auf den Menschen übertragen werden dürfen, fragt sich natürlich.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

5. **Jaworski.** Vergleichende experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Kissinger und Karlsbader Wassers, so wie des Karlsbader Quellsalzes im menschlichen Magen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXV. p. 38.)

Verf. hat seine Untersuchungen über die Veränderungen der künstlichen Salzlösungen im Magen auf das Verhalten der genannten, therapeutisch am meisten angewandten Mineralwasser in sehr dankenswerther Weise ausgedehnt. Einer gesunden, nüchternen Versuchsperson wurde des Morgens $^1/_2$ Liter des zu untersuchenden Wassers zu trinken gegeben und nach 15 Minuten ruhigen Sitzens dem Magen wiederum mittels Aspiration entnommen. In 14 ausführlich beschriebenen Versuchen wurde theils nur die Veränderung des Koncentrations-

verhältnisses der einzelnen Salze im Vergleich zur ursprünglich eingeführten Lösung, theils zu dem die Gesammtmenge der im Magen noch zurückgebliebenen Flüssigkeit nach der vom Verf. angegebenen Mischungsmethode ermittelt. Mittels der im Original einzusehenden Berechnung suchte J. den Resorptionswerth für die einzelnen Salze unter möglichstem Ausschluss der durch den hinzugekommenen Magensaft und Verlust durch den Pylorus entstandenen Fehler zu bestimmen.

Er fand bei seinen Versuchen, dass während 500 g destillirten Wassers, erwärmt rascher als kalt, in $^1/_4$ Stunde zur Hälfte, in $^1/_2$ Stunde völlig aus dem Magen verschwinden, die genannten Mineralwässer so wie die Quellsalzlösung denselben noch rascher verlassen; besonders gilt dies vom warmen Mühlbrunnenwasser, welches in $2^1/_2$mal größerer Menge aus dem Magen verschwindet als das erwärmte destillirte. Die schwächste Anregung der Magenschleimhaut zur Sekretion von Chloriden (auf Pepsin ist keine Rücksicht genommen, Ref.) findet sich beim Rakoczywasser, bei kaltem energischer als bei warmem; eine 4mal stärkere bei Karlsbader Wasser, und zwar im erwärmten Zustand stärker als im kalten; die beträchtlichste bei Einführung von destillirtem, kalten Wasser. Der Lösung des Karlsbader Quellsalzes (40 g : 1000) scheint dagegen gar keine derartige Wirkung zuzukommen. Über das Verhalten der einzelnen Bestandtheile der Mineralwässer stellte Verf. fest: Die sauren Karbonate erweisen sich als die am leichtesten resorbirbaren Salze, während die neutralen zu den schwer resorbirbaren Verbindungen gehören. Die Kalciumsalze werden leichter als die entsprechenden Magnesiumsalze resorbirt. Das Natriumsulfat wird leichter als das Kalcium und Magnesiumsulfat resorbirt. Chloride gehören zu den am schwersten resorbirbaren Verbindungen. Neutrale Karbonate regen die Magenschleimhaut stärker zur Sekretion an als saure. Die Sulfate werden aus dem Karlsbader Wasser rascher resorbirt als aus dem Kissinger und zwar um so rascher, je höher die Temperatur ist. Die Karbonate scheinen aus dem Kissinger Wasser rascher zu verschwinden, wenn es erwärmt getrunken wird, umgekehrt beim Karlsbader.

Die Resorptionsreihe gestaltet sich demnach für die einzelnen Bestandtheile des Kissinger Wassers wie folgt: $CO_2 > SO_3 > CaO > MgO > Cl$; für das Karlsbader: $NaSO_4 > NaCO_3 > NaCl$; für die Quellsalzlösung: $NaHCO_3 > Na_2SO > NaCl$.

Schlüsse und klinische Beobachtungen: Mit Rücksicht auf das Verschwindungsvermögen des Wassers aus dem Magen erscheinen die üblichen, 15—20 Minuten langen Pausen zwischen den einzelnen Bechergläsern hinreichend, falls die physiologische Funktion von der Norm nicht stark abweicht. Im Allgemeinen ist das Trinken von kaltem Kissinger Wasser vortheilhafter als von erwärmtem, umgekehrt beim Karlsbader. Wegen des längeren Verweilens im Magen sind bei Magenerkrankungen die kalten, bei Darmkrankheiten die erwärmten Mineralwässer vorzuziehen; speciell wird das kalte Kissinger Wasser bei auf Atonie der Magenmuskulatur beruhenden dyspeptischen

Zuständen, das abgekühlte Karlsbader bei Magenkatarrh mit excessiver Schleimbildung empfohlen. Aufrichtig schließen wir uns dem Wunsche des Verf. an, dass Andere ihm auf diesem mühevollen, aber vielversprechenden Wege folgen und uns weitere interessante Aufschlüsse namentlich über das Verhalten der erkrankten Magenschleimhaut bringen möchten.

Escherich (Würzburg).

---

6. **Maragliano** (Genua). Studien über das Resorptionsvermögen der Pleura. (Vorläufige Mittheilung von Queirolo.)

(Gaz. degli osp. 1884. No. 66.)

M. injicirte in die Pleurahöhle Substanzen, die sich leicht im Urin nachweisen lassen: Kalium jodatum und Chininum bimuriaticum. Er kam zu dem Resultat, dass es Fälle giebt, in denen das Resorptionsvermögen der Pleura aufgehoben ist; und zwar findet dies statt: 1) bei alten pleuritischen Exsudaten, 2) bei eitrigen Exsudaten, 3) in manchen Fällen von ganz frischen Exsudaten (zwischen 15 und 30 Tagen).

Aus der Sicherheit und Ungefährlichkeit, mit der sich auf diese Weise in jedem Fall das Bestehen oder Fehlen des Absorptionsvermögens nachweisen lässt, zieht M. den praktischen Schluss, dass zur Entscheidung der Frage einer indirekten Behandlung oder eines operativen Vorgehens als sicheres Kriterium diese diagnostische Injektion vorgenommen werden sollte.

E. Kurz (Florenz).

---

7. **Vitali**. Dell' assorbimento nelle pleure infiammate. (Aus der Klinik des Prof. Murri in Bologna.)

(Gaz. degli osp. 1884. No. 69.)

Prof. Murri hat vor 4 Jahren Injektionen verschiedener Substanzen (Chinin, Natr. salicyl., Jodkali, Fuchsin) bei Pleuritis vorgenommen, die alle im Urin nachgewiesen werden konnten. Es handelte sich damals um die Idee, bei auf Infektion beruhenden Pleuritiden durch Injektion antiseptischer Substanzen einen Stillstand des entzündlichen Processes herbeizuführen. Die Experimente fielen nicht in bejahendem Sinne aus.

Dabei wurde im Gegensatz zu den Beobachtungen Maragliano's kein Fall konstatirt, bei dem keine Resorption eingetreten wäre, sondern dieselbe fand statt sowohl bei frischen als bei alten Pleuritiden, sowohl bei serösen als bei serös-purulenten Ergüssen.

Zugleich wollte Murri die Frage lösen, ob eine resorbirende Pleurafläche zu derselben Zeit eine secernirende sein könne. Die Antwort fiel im Ganzen bejahend aus, da, während der Beweis der Resorption durch das Erscheinen der injicirten Medikamente im Urin geliefert war, das Niveau des Ergusses nicht abnahm, sondern manchmal sogar stieg und somit die Fortdauer der Exsudation anzeigte.

Murri hat wiederholt eitrige Exsudate gesehen, die durch Mo-

nate bestanden, ohne, wie dies gewöhnlich angenommen wird, Fieber zu verursachen. Es ließe sich diese Thatsache entweder so erklären, dass der Eiter seine pyrogenen Eigenschaften verloren hätte oder dass keine Resorption mehr stattfände. Das Experiment zeigte, dass beide Hypothesen nicht stichhaltig waren. Denn in einem solchen Fall eines fieberlosen eitrigen Exsudats bestand deutliche Resorption und die Injektion einer Spritze voll desselben erzeugte bei einem Kaninchen Fieber. Somit sollte also die Resorption desselben auch bei dem Kranken Fieber erzeugen. Vielleicht resorbirte die entzündete Pleura nur Theile des Exsudats und ließ diejenigen zurück, an welche die fiebererregende Eigenschaft gebunden war; oder hatte der chronisch kranke Organismus eine gewisse Immunität gegen das pyrogene Agens erlangt? Eine sichere Lösung dieser Frage wurde nicht erreicht.

Die Hoffnung, aus der Resorptionsfähigkeit der Pleura — wie Maragliano will — die Indikationen und Kontraindikationen für die Thorakocentese zu ziehen, musste bei diesen Versuchen sofort aufgegeben werden. Denn bei einem fieberfreien Kranken mit trübserösem Erguss und nachgewiesener Resorptionsfähigkeit der Pleura fand, trotzdem dass er bei einer täglichen energischen Pilokarpindiaphorese jedes Mal 3 Kilo an Körpergewicht verlor, weder im Moment noch in der Folge irgend eine Verminderung des Exsudats statt. Es kommt in dieser Frage mehr auf das Fortbestehen der Exsudation bei fortbestehendem entzündlichen Reiz als auf den Nachweis einer gewissen Resorption an, so dass Murri auch nichts auf diuretische, diaphoretische und trockne (diätetische) Kuren hält. Er sieht auch im Vorhandensein der Resorption eine Anzeige für die Thorakocentese, wenn hohes Fieber besteht, weil dasselbe, auch nach Entfernung einer relativ geringen Menge des Exsudats, rasch und dauernd fällt.

Klinisch kann das Vorwiegen der Resorption oder der Exsudation nur beurtheilt werden aus dem Nachweis des Gleichbleibens, der Abnahme oder Zunahme des Flüssigkeitsniveau. Und selbst bei deutlicher Abnahme kann in seltenen Fällen, bei stark pyrogener Eigenschaft des Exsudats (infektiöse Pleuritis?), die Thorakocentese wenn nicht nothwendig so doch nützlich sein. **E. Kurz** (Florenz).

---

8. **Hitzig.** Über subnormale Temperaturen der Paralytiker.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 34.)

9. **Reinhard.** Zur Kasuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen beim Menschen, nebst einigen Bemerkungen über Wärmeregulirung.

(Ibid.)

Die erste der genannten Arbeiten, welche sich ausschließlich mit dem bei den Paralytikern vorkommenden excessiven Absinken der Temperatur beschäftigt, bringt eine Reihe interessanter Details, während jedoch der Verf. das vorliegende Material zur endgültigen Ent-

scheidung über die Ursachen dieser Erscheinungen für noch nicht ausreichend hält. Nach H.'s Erfahrungen kommen bei der Paralyse, in so fern es sich um akut ablaufende Vorgänge handelt, erstaunliche Sprünge der Temperatur ohne Krämpfe oder paralytische Insulte überhaupt vor. Sodann kann das Absinken der Temperatur dem paralytischen Anfall um Stunden oder Tage vorangehen, denselben also gewissermaßen ankündigen. Während des Anfalls aber schwankt die Temperatur wohl, ohne jedoch wieder auf die normale Höhe oder darüber hinaus zurückzukehren. Ferner kann das Absinken dem paralytischen Anfalle um kürzere oder längere Zeit vorausgehen; während der Anfälle selbst steigt dann die Temperatur mit größeren oder geringeren Schwankungen, um schließlich wieder zur Norm zurückzukehren oder in der bekannten Weise bis zum Tode hoch zu bleiben oder von Neuem tief abzusinken. Drei beigegebene Kurven selbstbeobachteter Fälle illustriren diese verschiedenen Temperaturverhältnisse, während eine vierte Kurve einem Paralytiker angehört, der, erst 14 Tage erkrankt, bei der Aufnahme 37,3° hatte, dann nach 14tägigem heftigen Toben mit 31,0 in das Lazarett gelegt werden musste; hier hob sich die Temperatur auf 34,2 und nun erst trat der erste Anfall ein. Nach 3 weiteren Anfällen stieg die Temperatur auf 39,4° C. im Laufe der nächsten Tage, um dann wieder allmählich auf 32 zu fallen. Ein weiteres plötzliches Sinken auf 27,8° kündigte einen neuen Anfall an und alsdann sank die Temperatur bis zum 9. Tage, wo der Exitus letalis eintrat, auf 25° C.

In einer Anzahl der Fälle hält Verf. Herzschwäche für die wesentlichste Ursache der subnormalen Temperatur; in vielen Fällen fand er ein Sinken des Pulses auf 40—50 Schläge von geringer Stärke und entsprechend fand sich bei der Sektion Fettherz. So ließe sich dann auch (bei den noch oft gesteigerten Wärmeverlusten der Paralytiker) die mangelhafte Versorgung des Gehirns mit noch dazu abgekühltem arteriellen Blut als Ursache der Krampfanfälle annehmen. Jedoch auch diese Erklärung reicht nicht für alle Fälle aus und man wird die Möglichkeit einer ursächlichen Affektion der regulatorischen Centralapparate vorläufig noch immer im Auge halten müssen.

Angefügt ist eine Litteraturübersicht der einschlägigen Beobachtungen.

R. theilt zwei Fälle von allgemeiner progressiver Paralyse mit, in welchen nach mehrmonatlicher anhaltender tobsüchtiger Erregung plötzlich Collaps mit enormer Temperatursenkung bis 22,6°, resp. 22,5° C. im Rectum eintrat, der das eine Mal binnen $4^1/_2$ Stunden den letalen Ausgang herbeiführte, das andere Mal noch eine kurze Erholung zu Stande kommen ließ.

Verf. spricht seine Ansicht bestimmt dahin aus, »dass die tiefe Temperatursenkung in diesen Fällen mit der direkte Ausdruck einer Lähmung resp. enormen Erschöpfung des Centralorgans ist, dass dieselbe erst beginnt, wenn der Organismus in Folge dieser Erschöpfung nicht mehr im Stande ist, seine Eigenwärme den (verschiedenen) An-

forderungen und Bedingungen der Außenwelt gegenüber konstant zu erhalten«. Die Abmagerung der Pat., welcher besonders Zenker eine wesentliche Bedeutung zulegt, hält Verf. nur für begünstigend für rascheres und energischeres Sinken der Temperatur.

Hieran schließt R. eine Reihe von Bemerkungen über die Wärmeregulirung im physiologischen Zustande. Verf. hält für den Kernpunkt der Wärmeregulirung die großen Unterschiede in der Blutvertheilung, die auf der Fähigkeit der Kontraktilität der Blutgefäßbahnen beruht. Betreffs der Centren der vasomotorisch-thermischen Vorgänge weisen Experiment und klinische Beobachtung darauf hin, dass auch hier antagonistische Processe zu Grunde liegen. Es scheint, als ob das Gehirn überwiegend den Gefäßtonus erhöhende, das Rückenmark vorherrschend den Gefäßtonus herabsetzende Centren besäße, während im Pons und in der Medulla oblongata beide Arten in ziemlich gleicher Stärke und Vertheilung vorhanden wären.

Was den Sitz der betreffenden Centren anbelangt, so müssten dieselben von der Rinde der Großhirnhemisphären an abwärts bis in die untersten Partien des Rückenmarks zu finden sein.

Der einzige Befund, der sich in den beiden mitgetheilten Krankheitsfällen im angedeuteten Sinne verwerthen ließe, ist ein Bluterguss in der Arachnoidea am Fuße der zweiten linken Stirnwindung, der jedoch so unbedeutend war, dass er (im Sinne Eulenburg's) eher eine Temperatursteigerung und zwar auf der kontralateralen Seite bewirkt haben müsste; ferner zwingt aber auch hier der diffuse Hirnprocess und die Analogie mit dem ersten Falle, von einer Lokalisirung abzusehen. **M. Cohn** (Hamburg).

---

10. **Seifert.** Über Influenza.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 240.)

Verf. theilt nach Vorausschickung einiger historischer und auf die Ätiologie des Leidens bezüglicher Bemerkungen seine gelegentlich einer im vorigen Winter in Würzburg aufgetretenen Influenza-Epidemie gemachten Beobachtungen mit. Die Epidemie währte vom Januar bis März, die höchste Morbiditätsziffer fiel auf den Februar, der Charakter der Erkrankung war ein leichter. Zur gleichen Zeit herrschte eine im April an Heftigkeit abnehmende Masernepidemie, welche sich wie die später folgende Keuchhustenepidemie durch ihren ungewöhnlich bösartigen Charakter auszeichnete. Was die Symptomatologie der Influenza anlangt, so erfolgte der Eintritt der Krankheit ganz plötzlich, starke katarrhalische Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane beherrschten die Scene; objektiv bestand Röthung der Conjunctiva mit Epiphne, Röthung und Schwellung der glasigen Schleim secernirenden Nasenschleimhaut. Die gleichen Veränderungen zeigte auch die Schleimhaut des Rachens, im Kehlkopf bald nur geringe Injektion der Schleimhaut, in höherem Grade intensive Röthung und leichtes Ödem der Mucosa des Kehldeckels, der Arytaenoidknorpel,

der Taschenbänder. An den Lungen perkutorisch keine Schallveränderungen, auskultatorisch grob- und feinblasiges Rasseln; nur in einem Falle wurde ein pneumonischer Herd nachgewiesen. Die Schleimhaut des Verdauungstrakts war nur wenig betroffen. Das begleitende Fieber bot nichts Typisches, es dokumentirte sich als leicht remittirendes mit abendlichen Exacerbationen und erreichte in keinem Falle 40°. Krankheitsdauer durchschnittlich 4 Tage. Der Puls stieg mit der Temperatur an, war voll und gespannt. In keinem der beobachteten Fälle war ein Milztumor nachzuweisen. Die Rekonvalescenz war stets eine protrahirte. Für die Ätiologie der Influenza macht S. einen von ihm im Sputum wie Nasenschleim nachgewiesenen Mikroorganismus verantwortlich, welcher 1,5—2 μ lang, 1 μ breit ist; es handelt sich um Kokken, welche häufig allein, selten zu zweien, meist in Kettenform angeordnet sind. Sobald das Sekret einen mehr eitrigen Charakter annahm, wurde die Zahl der Kokken geringer; letztere fehlten im Thränensekret und Blut der Kranken. Kontrolluntersuchungen des Nasensekrets von an Masern und gewöhnlichem Schnupfen erkrankten Individuen ergaben ein gleichfalls negatives Resultat. Thiere erwiesen sich gegen Einverleibungen des kokkenhaltigen Sekrets immun. Die Verbreitung der Infektionskeime geschieht nach S. durch die Luft, mit welcher die Kokken in die Respirationswege gelangen, wo sie sich rasch vermehren und das geschilderte Krankheitsbild erzeugen. Für die Verschiedenheit der Schwere der Erkrankungen macht S. die individuelle Disposition verantwortlich. (Auf die Erörterung der Frage, wie der benigne Charakter der ganzen Epidemie zu erklären sei, während die gleichzeitig herrschende Masern- und später aufgetretene Keuchhustenepidemie durch schwere Krankheitserscheinungen ausgezeichnet waren, geht S. nicht ein. Ref.) Da durch die Sekrete die Krankheitserreger aus dem Körper ausgeschieden werden, muss ersteren in prophylaktischer Beziehung besondere Sorgfalt zugewendet werden; häufiger Wechsel der Taschentücher, Füllen der Spuckgläser mit Sublimatlösung. Die Therapie der Influenza muss außer in einer rein symptomatischen, in der Bekämpfung des Hustenreizes, der Kopfschmerzen etc. bestehenden, auch gegen die lokalen Beschwerden gerichtet sein; in dieser Beziehung scheint sich S. von Nasenduschen mit desinficirenden Lösungen Erfolg zu versprechen. Gegen die in der Rekonvalescenzperiode zurückbleibenden Gliederschmerzen empfiehlt S. warme Bäder. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

11. **A. Mathieu.** Sur une forme de détermination rhumatoide qui survient chez les rhumatisants sous l'influence de la fatigue.

(Arch. gén. de méd. 1884. Juli.)

Verf. weist darauf hin, wie verschiedene Krankheitsformen unter dem Namen »Gelenkrheumatismus« zusammengefasst werden und

macht auf eine besondere Gruppe von akuter oder subakuter Gelenkaffektion aufmerksam, die häufig noch mit anderen Erscheinungen verbunden, es zweifelhaft erscheinen lasse, ob es sich um eine einfache rheumatische Gelenkaffektion oder um besondere rheumatische Erkrankung des Rückenmarks handle. Man kann von diesem Leiden drei verschiedene Formen unterscheiden:

1) Einfacher rheumatischer Symptomenkomplex: Es werden besonders Leute davon befallen, die großen Anstrengungen unterworfen sind, die namentlich sehr viel laufen müssen, Treppen steigen etc. Es tritt allmählich Schwächegefühl in den unteren Extremitäten auf; dazu gesellen sich Gelenkschmerzen. Letztere sitzen in den Knien, den Fuß- und Mittelfußgelenken und sind meist in beiden Extremitäten von gleicher Stärke. Mitunter besteht daneben Schmerz im Epigastrium und Erbrechen, auch findet sich zuweilen Druckempfindlichkeit der unteren Brustwirbelsäule. Nicht häufig kann man Schmerzpunkte in der Mitte des Hackens und ein wenig nach außen von der Articulatio metatarso-phalangea I finden. Andere Erscheinungen seitens des Nervensystems fehlen.

2) Rheumatischer Symptomenkomplex mit Ischias: Ätiologie und Beginn der Erkrankung sind wie bei der ersten Form. Hier treten aber Schmerzen im ganzen Verlauf des Ischiadicus auf und zwar auf beiden Seiten. In derselben Zeit werden auch die Gelenke ergriffen, namentlich werden die Gelenkbänder auf Druck empfindlich. Während Schmerzpunkte bei der ersten Gruppe seltener sind, sind sie hier häufig an verschiedenen Stellen des Fußes vorhanden. Schmerz im Epigastrium und Schmerzpunkte an der Wirbelsäule sind gleichfalls zu konstatiren.

3) Akuter rheumatischer Hydrarthrus: In ähnlicher Weise, wie bei den erwähnten Gruppen, tritt auch ein ganz akuter starker Erguss in ein oder mehrere Gelenke nach starken Anstrengungen, besonders ermüdenden Märschen, auf. Dieser Erguss schwindet bei passender Behandlung eben so rasch, als er gekommen ist.

Was die erwähnten Krankheitsbilder vom akuten Gelenkrheumatismus unterscheidet, ist einmal das nur sehr gering vorhandene Fieber (38) und das Beschränktbleiben der Gelenkaffektion auf die unteren Extremitäten. Nur selten werden die oberen Extremitäten ergriffen und meist nur in geringem Grade. Mitunter sieht man auch die oben geschilderte Affektion auftreten verbunden mit einem Exanthem, so dass dann das Bild sich dem einer Peliosis rheumatica nähert.

Leubuscher (Breslau).

---

12. **H. Kornfeld.** Handbuch der gerichtlichen Medicin.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1884. 8. 611 S.

In obigem Buche findet der Leser eine sehr vollständige und gute Zusammenstellung der Gesetze, welche in Deutschland und im Auslande (Österreich, Frankreich etc.) dem Gerichtsarzt als Richt-

schnur seines Handelns dienen müssen. Die Anordnung des Stoffes ist eine übersichtliche; 50 Holzschnitte erleichtern das Verständnis.

Wie die meisten Lehrbücher der gerichtlichen Medicin, so steht jedoch auch das vorliegende mit der neueren wissenschaftlichen Pharmakologie auf nicht zu vertrautem Fuße. Im Interesse des Verf.s möchten wir bei der Ausarbeitung einer etwaigen zweiten Auflage folgende Punkte zur Berücksichtigung empfehlen.

Zunächst fällt auf, dass K. die Arbeiten Schmiedeberg's, welche für die neuere Giftlehre in vieler Beziehung geradezu grundlegend gewesen sind, nur bis zum Jahre 1869 kennt. Dass im Jahre 1872 ein pharmakologisches Archiv gegründet wurde, und dass in den bisher erschienenen 18 Bänden desselben eine Unmenge der wichtigsten Vergiftungsfragen abgehandelt worden sind, enthält K. seinen Lesern (absichtlich oder unabsichtlich?) vor. In Folge dessen erwähnt er über das Silber keine neuere Arbeit als die von Krahmer (1845!); Harnack's Versuche über Kupfer und Blei, Mering's über Quecksilber, Meyer's über Phosphor und Eisen werden verschwiegen. Das Vorkommen von Milchsäure, Leucin und Tyrosin im Harn bei Phosphorvergiftung wird nicht berührt. Vom Mangan wird behauptet, es habe zu den rothen Blutkörperchen eine nähere Verwandtschaft, obwohl Cahn ausdrücklich nachgewiesen hat, dass dieses Metall selbst beim Einspritzen ins Blut nicht in dieselben aufgenommen wird. Vom Quecksilber wird angegeben, es werde in 8 bis 18 Tagen eliminirt, während selbst die größten Skeptiker zugeben, dass die Ausscheidung meist 6 Monate dauert. Zum physiologischen Nachweis des Veratrins kennt Verf. kein charakteristisches Symptom, als dass es Niesen erregt.

Zum Nachweis der Schwefelsäure wird folgendes Verfahren empfohlen: »Nach Waschen der Organe, Filtriren und Destilliren bei weniger als 111° C. lässt sich im Destillat schweflige Säure nachweisen. Die Bestimmung der Säuremenge gründet sich auf die Löslichkeit der Chininsalze in Alkohol.«

Vom Strychnin wird behauptet, man brauche zu seinem Nachweis am Thier eine größere Menge, während es gerade kein Gift giebt, dessen Nachweis bei gerichtlichen Untersuchungen in so brillanter Weise am Frosch geführt werden kann als das Strychnin.

Über das pharmakologische System, nach welchem K. die Gifte aufzählt, konnte sich Ref. trotz alles Nachsinnens nicht klar werden; denn er rechnet beispielsweise Blei und Cayennepfeffer neben Atropin zu den betäubenden Giften.

Bekanntlich ist es sehr schwer zu definiren, was ein Gift ist; Verf. ist darüber nicht in Verlegenheit; er sagt: »Diejenigen Substanzen, welche erfahrungsgemäß als fremde und zerstörende Stoffe des Blutes oder seiner Bestandtheile anzusehen sind, wird man Gifte nennen können;« das Studium der Kaliarbeit von Bunge und der Eisenarbeit von K. Mayer würde K. von der Unrichtigkeit dieser Definition haben überzeugen können. **Kobert** (Straßburg i/E.).

Kasuistische Mittheilungen.

13. Lemcke. Zur Lehre von den ursächlichen Beziehungen zwischen chronischer interstitieller Nephritis und Endarteriitis obliterans der kleineren Arterien des ganzen Körpers.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV. Hft. 1 u. 2. p. 148—166.)

Ein beachtenswerther Beitrag auf Grund eines klinisch (über 2 Jahre lang) und anatomisch genau beobachteten Falles. Derselbe betrifft eine 42jährige, seit 3 Jahren an Herzklopfen, Respirations- und dyspeptischen Beschwerden und Kopfschmerzen progressiven Charakters ohne nachweisbare Ursache (Syphilis und Gicht ausgeschlossen) leidende Frau. Die Untersuchung ergiebt als bemerkenswerthe Momente bedeutende linksseitige Herzhypertrophie, entsprechenden Drahtpuls, starke Schlängelung und Rigidität der oberflächlichen Körperarterien, deutliche Pulsation selbst der kleineren Hautgefäße, Harn reichlich, durchschnittlich 2 (öfters über 3) Liter mit einer Dichte von 1010, einem wechselnden, meist geringfügigen Eiweißgehalt, spärlichem Sediment (Rundzellen und hyaline Cylinder). Zeitweise, entsprechend den Perioden stärkerer Albuminurie und Abnahme der Harnmenge, Ödem der unteren Extremitäten. Charakteristischer Retinalbefund. Trockne Haut. Schmerzen und Parästhesien mannigfaltiger Lokalisation und Intensität. In den letzten $1^1/_2$ Jahren psychische Symptome (blöder Ausdruck, wachsende Gleichgültigkeit), schwerfällige, schließlich erloschene Sprache, unbeholfener Gang, weiterhin Lähmung und Kontrakturen im Bereich der Extremitäten und des Gesichts, Harn- und Stuhlinkontinenz. Tod in tiefem Koma.

Die Sektion ergiebt zahlreiche hämorrhagische Erweichungsherde und Cysten verschiedenen Datums in der weißen Substanz der großen Hemisphären, in den großen Ganglien, dem Pons und verlängerten Mark als Grundlage der letzterwähnten Erscheinungen. Linker Ventrikel enorm hypertrophisch (3 cm), nicht erweitert. Hochgradiges kalkig-ulceröses Atherom der Aorta. Rechte Niere verkleinert bei fest haftender Kapsel, derb, von keilförmigen Narben durchsetzt; Rinde schmal, gleich stark fleckig, grauroth. Von derselben Beschaffenheit die linke, übrigens mittelgroße und nicht granulirte Niere. Hochgradige Atheromatose aller Formen und Stadien in den großen und größeren Arterien des Körpers, Wandverdickung der kleineren und kleinsten, die besonders in der Haut, dem Centralnervensystem, der Niere und Milz sich beträchtlich zeigt, viel weniger in der Leber ausgeprägt ist. Es betrifft die Wandverdickung in erster Linie die Intima, in zweiter die Adventitia (Näheres s. im Original, die Veränderungen kommen im Wesentlichen auf die bekannte hyaline Entartung bezw. Endarteriitis obliterans hinaus), während die Muscularis *nirgends hypertrophisch*, vielmehr häufig, zumal in der Niere atrophisch angetroffen wird. Der sonstige mikroskopische Nierenbefund besteht im Wesentlichen in mäßig zahlreichen, kernreichen bis fibrösen Bindegewebszügen im interstitiellen Gewebe *ohne beträchtlichere Zerstörung und Verödung des secernirenden Parenchyms*. Glomeruli vielfach auffallend klein ($^1/_4$ der Norm) *bei normaler Kapsel*, anämischen Schlingen und strotzend gefüllten umgebenden Kapillaren. Andere Knäuel zu kleinen Bindegewebskugeln atrophirt. Harnkanälchen ohne wesentliche Degeneration.

Also das klassische klinische Bild der genuinen Schrumpfniere und nur mäßige interstitielle Wucherungen ohne wesentliche für die kleine rothe Niere charakteristische Parenchymverödung. Es kann somit die hochgradige Gefäßveränderung nicht als sekundär aufgefasst, der Ausgang der Nierenveränderung weder an den Epithelien, noch im interstitiellen Gewebe, vielmehr nur in der *cirkulationshemmenden Wirkung der Gefäßalteration* (Lumenverengerung) gesucht werden. Die stellenweise kleinzellige Infiltration mit nachfolgender Schrumpfung wird auf ein Übergreifen des zur Verdickung der Adventitia führenden Processes auf das anliegende interstitielle Gewebe bezogen.

Die multiplen Gehirnhämorrhagien sind natürlich als — seltene — Komplikation der Schrumpfniere (gleich solchen in der Haut und den Schleimhäuten be-

obachteten) ein Effekt der Kombination von Gefäßerkrankung und erhöhtem Blutdruck (Herzhypertrophie).

Die Wucherungsprocesse im Bereich der Gefäßintima selbst fasst L. als die Folgen des Ausfalls der Thätigkeit der betreffenden Gefäßabschnitte (mindere Füllung der peripher von den atheromatös entarteten Gefäßen liegenden Verzweigungen) auf, als »Vakatwucherung«, »Entlastungshypertrophie«, wagt aber keine Entscheidung darüber, ob die Erkrankung der kleineren und kleinsten Gefäße des ganzen Körpers ausschließlich aus der Arteriosklerose der großen Gefäße hervorgegangen ist oder beiden Veränderungen eine — noch unbekannte — Noxe zu Grunde liegt.

Fürbringer (Jena).

14. **A. Nagy.** Ein Fall von Wanderniere.

(Wiener med. Presse 1884. No. 35.)

Die Beobachtung betrifft einen recht eklatanten Fall von Wanderniere bei einer 37jährigen Pat., welche in ihrem 16. Jahre von einem Ochsen an einen Stein geschleudert worden ist und seitdem Schmerzen in der Lumbalgegend hat, besonders bei anstrengender Arbeit. Seit dem letzten, dem siebenten, Puerperium sind kardialgische Schmerzen häufiger aufgetreten, die sich gewöhnlich ins Hypochondrium hin erstreckten, zuweilen nach rückwärts gegen die Wirbelsäule. Die abgemagerte, schwächliche Pat. demonstrirte bei der Untersuchung ihrer Organe ein auffallendes Phänomen selbst: sie holte mit der rechten Hand eine Geschwulstmasse aus der Tiefe des rechten Hypochondriums gegen die Nabelgegend hervor, die sich, da die Bauchdecken ganz schlaff waren, mit großer Leichtigkeit umfassen ließ und deutlich als Niere erkannt werden konnte; sogar die gelappte Oberfläche ließ sich recht deutlich palpiren. So wie die Geschwulst losgelassen wurde, kehrte sie sogleich ins Hypochondrium zurück. Das wiederholte Hervorholen derselben verursachte, bei der Armuth der Niere an sensiblen Nerven, keinen Schmerz, sondern im Gegentheil Wohlbehagen. Würde in solchen Fällen ein chirurgischer Eingriff seine Indikation finden?

Mendelsohn (Berlin).

15. **Wroth.** A case of jaundice due to a fibrous growth obstructing the bowel and causing fatal peritonitis.

(Philadelphia med. times 1884. Juli 12.)

Ein Herr, der sich stets guter Gesundheit erfreut hatte, erkrankte plötzlich mit den Symptomen schwerer Gelbsucht ohne gastrische Erscheinungen und ohne dass sonst ein die Gallenwege obstruirendes Moment hätte nachgewiesen werden können. Allmählich verschwand die Gelbsucht, aber eines Tages stellten sich die Zeichen des Darmverschlusses ein, und der Pat. ging an peritonitischen Erscheinungen zu Grunde.

Bei der Sektion fand man einen fibrösen Tumor, der den Pylorus umschloss und sich dem Duodenum entlang hinzog, um den Ductus choledochus und pancreaticus zu umschließen. Der Darm war so weit komprimirt, dass sein Lumen nur für einen Bleistift passirbar war, und eine Strecke von 10 oder 12 Zoll stellte sich als vollkommen gangränös heraus.

Unverricht (Breslau).

16. **M. Kaposi.** Zwei eigenthümliche Fälle von Dermatosis diabetica.

(Wiener med. Jahrbücher 1884. Hft. 1. p. 1—7.)

Den ersten, eine durch 2 schöne kolorirte Tafeln illustrirte »Gangraena diabetica bullosa serpiginosa« darstellend, beobachtete Verf. am Unterschenkel einer 51jährigen Diabeteskranken unter der Form umfänglicher von konvexen blasenumsäumten und konkaven granulirenden bezw. cicatrisirenden Rändern begrenzter, theils mumificirter, theils feuchter Brandschorfe, so wie zahlreicher bohnengroßer Blasen mit molkig-trübem Inhalt als der Vorstadien der Gangränherde. Eine antidiabetische Kur brachte im Verein mit örtlicher Behandlung die Affektion fast völlig zur Heilung. Einige Wochen später unbezwingliches Recidiv, welchem die Pat. erlag.

Im zweiten Falle handelte es sich um eigenartige, an gummöse Syphilis und Lupus vulgaris erinnernde, aber ohne charakteristischen Infiltrationsgrund und ohne

Knötchenbildung einhergehende, frambösiaähnliche Vegetationen und Geschwüre von linsen- bis groschengroßem Umfange im Bereich des linken Unterarms und der Hand bis hinauf zu den Nägeln unter hochgradiger Schwellung der Hand und Finger bei einem 60jährigen brasilianischen, seit 20 Jahren an Diabetes leidendem Arzte. Auch dieser »Papillomatosis diabetica« sind 2 kolorirte Illustrationen beigegeben. Heilung unter dem Gebrauch von Karlsbader Wasser, Zittmann, Quecksilberpflaster, Sublimatbädern. Einige Wochen später Tod durch Coma diabeticum. **Fürbringer** (Jena).

17. **H. Senator.** Über einen Fall von Sklerodermie und Sklerodaktylie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 31.)

S. stellt einen Fall von Sklerodaktylie vor, der einige Analogie mit dem Fall Ball's aufweist. Nur die französische Litteratur kennt ähnliche Fälle, und im Ganzen mag etwa 1/2 Dutzend publicirt sein.

Ein Mädchen von 25 Jahren hält die Arme abducirt, das Ellbogengelenk flektirt, in den Bewegungen kaum gehemmt; nur Pronation und Supination sind behindert; eben so Bewegungen im Schultergelenk. Die Karpalgelenke sind in flektirter Pronation fixirt (Klauenstellung). Die ersten Fingerphalangen sind extendirt, die zweite und dritte flektirt, daneben besteht Subluxation einzelner Gelenke. Beide Daumen werden abducirt gehalten. Die Oberextremitäten sind atrophisch (durch Messungen bestätigt).

Die Haut ist pigmentreicher, von Leberflecken bedeckt; nur über den Subluxationen schimmern die Epiphysen durch die dünne Haut, die hier auch zum Platzen und danach zum Ulceriren neigt. Überhaupt ist an Fingern und Hand die Haut verdünnt, trocken und reagirt auf Pilokarpingaben nicht mit Schwitzen.

Parallel mit dem Allgemeinbefinden ist eine Schwankung in Farbe und Spannung der Haut unverkennbar. Panniculus adip. fehlt. Die Muskulatur ist atrophisch.

Ein Hauptinteresse beansprucht die Atrophie der Handknochen in Dicke und Länge und zwar handelt es sich um einfache Atrophie ohne ulcerative Processe. Ähnlich, doch nicht so prägnant, verhalten sich die Fußknochen.

Am Jochbein und um den Mund, auch an der Nasenspitze und an symmetrischen Stellen der Brustwand ist die Haut prall gespannt, starr. Nicht so die Schleimhäute. Keine Sensibilitätsstörungen; nur die faradokutane und faradomuskuläre Empfindlichkeit ist herabgesetzt. Das Kniephänomen ist vorhanden.

Anamnestisch ergiebt sich keine hereditäre Belastung. Chlorose bestand in der Jugend. Mit 17 Jahren zeigten sich Kribbeln und Taubheit in den Händen und bald auch den Füßen.

Von da an begann die Verkrümmung der Gelenke und die Geschwürsbildung über denselben. Nach Jahresfrist machte sich ein eigenthümliches Zusammenkrampfen in der Zungenspitze bemerklich und fast zur selben Zeit Zeichen der Knochenatrophie, im weiteren Verlauf Ameisenkriechen, halbseitiges Frösteln, und endlich die wachsende Flexion der Unterarme.

Therapeutisch wurden Jod, Arsen, Belladonna, Elektricität, Massage, römisch-irische Bäder, Ergotin, Nervendehnung (mit theilweisem Erfolg), zuletzt auf Volkmann's Rath Fingerschienchen, um der Verkrümmung vorzubeugen, von S. selbst rein empirisch Pilokarpin und warme Bäder angewandt.

Wie überhaupt ähnliche Fälle nur die französische Litteratur kennt, so rührt auch die einzige genaue histologische Untersuchung der Knochenatrophie von den Franzosen Budin und Lagrange her, welche die Rindensubstanz solchermaßen atrophirt fanden, dass die Spongiosa unmittelbar an das Periost stieß. Ferner trafen sie Infiltrationen embryonaler Zellen um die periostalen Gefäße an und hier und da Fettzellenhaufen. **Ernst** (Zürich).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Nothnagel, Rühle,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, P. Ehrlich, D. Finkler, A. Fränkel,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 44. Sonnabend, den 1. November. 1884.

1. Edinger. Zur Kenntnis des Faserverlaufes im Corpus striatum.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 15.)

Bei Untersuchungen über die Faserung im Großhirn fand E., dass die an der Basis und Spitze des Linsenkerns austretenden Züge mindestens zwei verschiedenen Systemen angehören: 1) dem System der Haubenstrahlung und 2) dem System des Nucleus caudatus und des Putamen. Ersteres wird viel früher markhaltig als das letztere. In der Capsula interna erhalten zuerst Markweiß die im letzten Drittel des hinteren Schenkels liegenden Fasern, die zum Theil in den rothen Kern und den Luys'schen Körper treten (Flechsig), zum Theil aber direkt aus der inneren Kapsel am oberen und inneren Rande des Linsenkerns in dessen graue Masse hineingehen. Ein Theil letzterer Fasern gelangt nach innen umbiegend zu den Ganglien der Regio subthalamica; ein zweiter Theil zieht, ohne in Beziehung zum Linsenkern zu treten, zwischen dessen Gliedern zur Hirnbasis (Linsenkern-

schlinge). Letztere tritt dann fast ganz über den Hirnschenkelfuß in der Haube nach abwärts; ein Theil von ihr scheint jedoch nach innen oben zum rothen Kern zu gelangen. Die aus dem Putamen stammenden Fasern treten erstens durch die breiten Innenglieder zur inneren Linsenkernkante und von da zu den Ganglien der Regio subthalamica, zweitens ziehen sie zwischen dem ersten und zweiten Gliede des Linsenkerns abwärts zur Schlinge. Die Fasern aus dem Nucleus caudatus scheinen sich eben so zu verhalten; die Ansicht von Henle u. A., dass Putamen und Schwanzkern der Rinde analoge Gebilde seien und eigene Fasern aussenden, für welche die Innenglieder des Linsenkerns als Durchgangsstationen (Schaltstellen) fungiren, wird somit bestätigt. Diese Glieder bilden aber auch Durchgangsstationen für Fasern der inneren Kapsel. Es treten somit Fasern aus der Rinde in das Corpus striatum, aber nicht in dem Meynert'schen Sinne eines Zusammenhanges von Stabkranzfasern mit Nucleus caudatus und Corpus striatum. (Eine eingehendere Darstellung der bezüglichen Verhältnisse wird von E. in Aussicht gestellt.) **A. Eulenburg** (Berlin).

---

2. **Luciani** (Florenz). On the sensorial localisations in the cortex cerebri. (Vorläufige Mittheilung.)

(Brain 1884. Juli.)

Aus mehrfachen Exstirpationsversuchen an Hunden und Affen zieht Verf. im Gegensatz zu Munk und Goltz folgende Schlüsse:

I. Gesicht. Deutliche Sehstörungen knüpfen sich nicht nur an Zerstörungen des Hinterhauptlappens, sondern auch des Scheitel-, Schläfe- und Stirnlappens, so wie des Ammonshornes und zwar sind dieselben nach Rindenläsionen des L. front. und L. temp. vorübergehende, nach Zerstörungen des L. occip. und pariet. dagegen permanente.

Mit Bezug auf den Zusammenhang des corticalen Sehcentrums mit der Retina ist Verf. zu folgenden Resultaten gelangt:

1) Bilaterale homonyme Hemianopsie kann auch durch ausgedehnte Rindenläsionen eines Scheitel- oder Schläfelappens hervorgerufen werden.

2) Partielle Exstirpationen der »Sehsphäre« (Munk) erzeugen niemals partielle Blindheit, sondern »Sehstörungen«, die sich fast gleichartig über verschiedene Segmente beider Retinae vertheilen.

3) Die Effekte einseitiger ausgedehnter oder bilateraler circumscripter Decorticationen (Hemiopie oder Sehstörung) sind nie permanent, — die Blindheit ist stets eine transitorische (Seelen-) Blindheit, nie eine stationäre (Rindenblindheit: Munk).

Gehör. Im Gegensatz zu Munk fand L., dass nicht nur die ganze Rindenregion des Schläfelappens, sondern auch das Ammonshorn zur Hörsphäre gehört. Jedes Ohr steht mit beiden Hörsphären in Verbindung, es existirt also auch im N. acust. ein stärkeres gekreuztes und ein schwächeres ungekreuztes Bündel.

Zerstörung einer Hörsphäre bedingt vorübergehende Schwerhörigkeit mit restirender inkompleter Seelentaubheit, bilaterale Exstirpation bewirkt keine vollständige (Rinden-) Taubheit.

III. Geruch. Zerstörungen des Schläfelappens und der benachbarten Windungen oberhalb der F. Sylvii, so wie der G. hippocampi erzeugen nach L. absoluten Verlust des Geruches — es besteht ebenfalls eine Semidecussation des N. olfactor., doch ist das ungekreuzte Bündel das stärkere.

Über das Centrum des Geschmackes konnte Verf. nichts Sicheres eruiren.

Die sensorischen Centren haben also außer ihrem Specialterrain ein gemeinsames Gebiet im Scheitellappen (Zone F nach Munk). Vier Zeichnungen illustriren die Ansichten des Verf.

Thomsen (Berlin).

---

3. E. Metschnikoff. Über die Beziehung der Phagozyten zu Milzbrandbacillen.

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. Hft. 3.)

Nachdem es M. gelungen war, die intracelluläre Verdauung krankheitserregender Pilzsporen durch Phagozyten der Daphnien nachzuweisen (vgl. dieses Centralblatt 1884 No. 29), wählte er zur Erforschung der Beziehungen zwischen den Fresszellen höherer Thiere und pathogenen Bakterien den Bacillus anthracis.

Schon in seiner ersten Arbeit über die Ätiologie des Milzbrandes erwähnt Koch bacillenhaltige Zellen von runder Form und auffallender Blässe und Zartheit, welche dann durch die länger auswachsenden und sich zusammenkrümmenden Bacillen schließlich gesprengt werden. Im Gegensatz zu dieser Ansicht entsteht nach M. das Platzen dieser Zellen, welche er für gewöhnliche Leukocyten hält, durch die Behandlung mit destillirtem Wasser behufs der mikroskopischen Untersuchung, wobei sowohl der Kern als die aufgefressenen Bakteridien herausfallen. Dass die Leukocyten die Bakteridien aktiv auffressen, lässt sich beobachten, wenn man in einem Tropfen serösen Exsudates ein Stückchen des inficirten Organes zerzupft: es werden nicht nur einzelne Bacillen sondern auch ganze Knäuel von Bakteridien von einigen Leukocyten gefressen. Dabei erfahren dann die ins Innere einer Zelle aufgenommenen fadenförmigen Bakterien passiv durch die Bewegungen des Leukocytenplasma Krümmungen und Gestaltsveränderungen. Koch hatte angenommen, dass die aufgefressenen Bakterien zu Fäden auswachsen; dies geschieht nach M.'s Ansicht nicht, denn eine Beobachtung von 3—4 Stunden zeigt die bacillenhaltigen Zellen in ungeschwächter Lebens- und Bewegungsfähigkeit, die Bakteridien dagegen unverändert; die letzteren gelangen demnach, wenn sie von Leukocyten aufgenommen worden sind, auf einen für ihre Weiterentwicklung ungünstigen Boden, und gehen schließlich, wie die fortgesetzte

Beobachtung zeigt, im Innern der Leukocyten unter den mannigfachsten Veränderungen ihres Aussehens zu Grunde. Und außer diesen morphologischen Veränderungen, welche das Abgestorbensein der Bakterien dokumentiren, sind dieselben auch nicht mehr im Stande, die für Milzbrand empfänglichsten Thiere zu inficiren.

Frösche an sich sind gegen Milzbrand immun; bringt man sie jedoch auf eine Temperatur von 35—37° C., so sterben sie in 1—3 Tagen und man findet dann anstatt einer Ansammlung von bakteridienhaltigen Leukocyten eine Menge freier Bacillen um das geimpfte Organstück, welche sich durch Länge und Dicke auszeichnen. Bei solchen milzbrandigen Fröschen erfüllen die Leukocyten nur schlecht ihre Aufgabe, da sie nur wenig Bacillen aufnehmen — die aufgenommenen jedoch bleiben, im Gegensatz zu den durch besonderes Wachsthum ausgezeichneten Bacillen im Serum, in ihrer ursprünglichen Größe, ein neuer Beweis, dass die Milzbrandbacillen ein ungünstiges Medium im Innern der Leukocyten vorfinden. Den anscheinenden Widerspruch, welcher darin besteht, dass die Leukocyten bei einer höheren Temperatur, wo sie also eine lebhaftere Thätigkeit entfalten, gerade weniger widerstandsfähig gegen die Milzbrandbacillen werden, sucht M. durch die Annahme zu beseitigen, dass diese Bakterien eine Flüssigkeit absondern, welche der aufnehmenden Thätigkeit der Phagozyten ein mehr oder weniger starkes Hindernis bietet, und dass sie bei der Temperatur des Säugethierblutes, für welches sich die Milzbrandbacillen speciell angepasst haben, ein Maximum dieser Flüssigkeit absondern. Diese Flüssigkeit selbst will M. im Herzblute von milzbrandigen Eidechsen gesehen haben, wo sie als wasserklares Feld jede einzelne Bakteridie umgab und sich auch durch Färbung darstellen ließ.

Was die Säugethiere anbetrifft, so findet sich im Blute von Kaninchen und Meerschweinchen, die sich bekanntlich durch besondere Empfänglichkeit für Milzbrand auszeichnen, eine deutlich ausgesprochene Leukocytose; doch kommen trotz der sehr bedeutenden Menge von Bacillen in einem solchen Blute nur einige wenige bacillenhaltige Leukocyten vor, so dass zu schließen ist, dass bei sehr stark für Milzbrand empfänglichen Thieren es nur sehr wenige Phagozyten giebt, welche im Stande sind, Bakteridien aufzufressen. Finden die Impfungen dagegen mit einem abgeschwächten Milzbrandvirus statt, so vermögen die Leukozyten die Bakterien in sich aufzunehmen und zu ertödten. Dieses letztere Verhalten veranlasste M. zu der Untersuchung, ob auch die durch präventive Impfungen erlangte Immunität dadurch bewirkt wird, dass Phagozyten, welche mehrmals Vaccine aufnahmen, sich schließlich daran gewöhnen, auch die Bacillen des virulenten Milzbrandes zu ertödten. Diese Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen; nur bei einem einzigen Kaninchen gelang es, das allmähliche Abnehmen der freien Bakterien und das vikariirende Zunehmen von bacillenhaltigen Leukocyten zu konstatiren, die schließlich sämmtliche Bakterien in sich aufgenommen hatten, wie sich bei dem,

am 3. Tage nach der Impfung durch eine Verletzung erfolgten Tode des Thieres herausstellte.

M. ist nun der Ansicht, dass die Immunität nicht durch das Blut, im humoralen Sinne, sondern durch die Wirkung lebender Zellen, im cellular-pathologischen Sinne, bedingt wird, eine Ansicht, die ja Buchner, Grawitz u. A. m. theilen. Ob jedoch die weitere Anschauung M.'s, dass die Immunität sich lediglich auf die allmähliche Gewöhnung der Phagozyten an die Aufnahme von Substanzen, welche sonst von ihnen vermieden werden, reducirt, Anerkennung gewinnt, muss abgewartet werden, eben so wie die Erklärung für das Unterliegen selbst immun gemachter Thiere sehr großen Mengen des Virus gegenüber: dass die tüchtigsten Phagozyten nämlich sich bereits angefüllt haben mit Bakterien und, ehe sie mit diesen nicht fertig sind, keine neuen bewältigen können. **Mendelsohn** (Berlin).

---

4. **Brugnatelli.** Studi sperimentali sulla terapia della tubercolosi. (Dal laboratorio d'Igiene dell' Università di Pavia.)

(Gaz. degli osp. 1884. No. 70.)

Die Versuche von B. gehen von dem Gedanken aus Substanzen zu finden, die geeignet wären, die Virulenz des Bacillus zu neutralisiren. Zunächst injicirte er tuberkulöses bacillenhaltiges Sputum 1) gemischt mit Sauerstoffwasser und gemischt mit Resorcin zweien Meerschweinchen: die Autopsie ergab Tuberkulose; 2) mit Inulin einem Meerschweinchen: dasselbe starb tuberkulös; 3) mit Jodoform drei Meerschweinchen: dieselben wurden als nicht tuberkulös befunden.

Jodoform schien die Virulenz aufzuheben, doch zeigten weitere Versuche, dass sein Einfluss kein durchschlagender ist, wie man gehofft hatte, sondern nur ein vorübergehender.

Diese Experimente setzte B. im Verein mit Prof. Sormani fort. Das Sputum wurde genau mit dem verschieden dosirten Medikament gemischt, mittels der Weigert'schen Methode untersucht und nur injicirt bei Vorhandensein zahlreicher Bacillen (Injektionsstelle gewöhnlich der Rücken der Thiere). (Zu gleicher Zeit nahmen Coze und Simon in Nancy ähnliche Versuche mit einer Reihe von Medikamenten vor, von denen jedoch nur das Kreosot den Ausbruch der Tuberkulose verzögerte oder aufhielt.) B. hat zu seinen Versuchen 56 Meerschweinchen benutzt, die alle zur Sektion kamen, da sie entweder zu Grunde gingen oder längere Zeit nach der Inokulation getödtet wurden, am frühesten den 40., am spätesten den 100. Tag. Außerdem verwandte er noch 30 Meerschweinchen, welche noch am Leben sind und deren Befund später auf seine Resultate geprüft werden soll.

Aus allen Versuchen ergab sich, dass nur wenige Substanzen geeignet sind, die Virulenz des Bacillus aufzuheben. Zuerst wurden die von den französischen Forschern angewandten Medikamente der Prüfung unterzogen.

1) Sublimat. (Bei Coze-Simon: Ulceration von tuberkulösem Aussehen an der Injektionsstelle. Geschwollene Drüse in der entsprechenden Leiste. Nichts in den Organen.) Thier No. 35 nach 40 Tagen getödtet, vollständig gesund.

2) Kreosot. Nichts Abnormes in den Organen. Leichte Entzündung an der Injektionsstelle. No. 32 und 50 nach 40 und 43 Tagen getödtet, durchaus gesund.

3) Eukalyptol. (Bei Coze-Simon keine lokale Läsion, Milz und Leber frei, Mesenterialdrüsen geschwollen und verkäst.) Bei B. No. 41 getödtet nach 42 Tagen, gesund.

4) Schwefelwasserstoff. Mehrere Thiere wurden tuberkulös.

5) Helenin. Kein Erfolg. No. 22 nach 50 Tagen getödtet, tuberkulös.

Andere Substanzen, die zur Anwendung kamen, waren folgende:

Chlor. Ein zweifelhafter und ein gesunder Fall.

Jod. Ein gesunder Fall und ein tuberkulöser.

Bromäthyl. Ein gesunder Fall und einer mit Bacillen in dem durch die Injektion hervorgerufenen Abscess.

Naphthol. Naphthol A ein gesunder und ein zweifelhafter Fall. Naphthol B 2 gesunde Fälle.

Terpentinöl. Gutes Resultat in einem Fall.

Kampher. Scheint dem Verf. viel zu versprechen. Drei Fälle ohne Tuberkulose.

Fünfprocentige Karbolsäure. Ebenfalls wirksam. Ein Fall gesund.

B. verspricht in einer künftigen Arbeit den Abschluss und die Endresultate dieser Untersuchungen mitzutheilen, deren Nutzanwendung auf die Therapie der Tuberkulose des Menschen noch etwas in der Ferne zu liegen scheint, da sie zunächst nur darthun, dass es desinficirende Mittel giebt, durch welche die inficirende Kraft des tuberkulösen Sputums aufgehoben werden kann (Ref.).

E. Kurz (Florenz).

---

5. **Chantemesse.** Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, les formes anomales en particulier.

Paris 1884.

Verf. giebt in seiner ausführlichen Monographie (180 Seiten) auf Grund von 53 eigenen und fremden genauen Beobachtungen seine Ansichten über die Klinik und pathologische Anatomie der tuberkulösen Meningitis der Erwachsenen wieder — besonders der von dem gewöhnlichen Typus abweichenden Formen.

Die primäre Meningitis (ohne Tuberkulose anderer Organe) verläuft in einem Theil der Fälle durchaus anders, wie die typische Basilarmeningitis der Kinder. So können Cerebralerscheinungen (Kopfschmerz, Erbrechen) ganz fehlen und die Krankheit sofort mit motorischen Erscheinungen (Krämpfe, Hemiplegie) einsetzen, resp. es tritt

der Kopfschmerz erst später ein. Pulsverlangsamung und Temperaturerhöhung können ebenfalls ganz fehlen, wenn die Gehirnbasis resp. der Bulbus intakt ist.

In anderen Fällen bildet freilich die Cephalalgie durch Monate hindurch das einzige Symptom oder es wiegen die psychischen Erscheinungen (Delirien, Verwirrtheit bis zur echten Tobsucht) so vor, dass die übrigen Symptome fast unbemerkt bleiben.

Die sekundäre Meningitis der Phthisiker verläuft nach Verf. unter 3 Formen.

Entweder es tritt unter Krämpfen und Delirien, denen bald das Koma folgt, rasch der Tod ein, oder aber es kommt fast ohne Allgemeinerscheinungen plötzlich zu einer Lähmung, zuweilen mit Aphasie, bedingt durch die Entwicklung eines Plaque an der Konvexität. Der Kopfschmerz, wenn er später auftritt, ist dann meist ein signum mali ominis. Ein wichtiges Symptom ist die partielle Epilepsie der gelähmten Glieder. Ist der Sitz des Plaque nicht die psycho-motorische Zone, so bleibt die Meningitis meist lange latent. Schließlich verläuft die sekundäre Meningitis mit Entwicklung von Tuberkeln und Bindegewebe, aber ohne Eiterproduktion und zwar ebenfalls meist längere Zeit latent. Diese mehr chronisch-fibröse Meningitis ist meist eine diffuse und betrifft durchweg nur die Konvexität.

In einzelnen Fällen wiegen die spinalen Symptome — Fieber, Abgeschlagenheit, aufsteigende Paresen, Blasenlähmung, spontane Erektionen — so vor, dass eine aufsteigende Myelitis vorgetäuscht werden kann, bis zum Manifestwerden der Gehirnerscheinungen. Verf. glaubt, dass der größere Theil aller tuberkulösen Meningiten mit Betheiligung der spinalen Meningen einhergeht. Ein wichtiges Initialsymptom ist gewöhnlich der Lumbal- und Schenkelschmerz mit Hyperästhesie und Erhöhung der Reflexe. Später folgt dann die Anästhesie und die Reflexe erlöschen.

Mit der Zunahme der Paresen verliert sich meist der Schmerz. Gewöhnlich dauert die vorwiegend spinale Meningitis nur 15—20 Tage, in einem Falle sah Verf. die Spinalerscheinungen (Schmerzen, progressive Muskelatrophie) 3 Jahre dem Ausbruch der M. cerebralis vorangehen.

Trotz ungenügenden Obduktionsmaterials glaubt Verf. sich zu der Hypothese berechtigt, dass dem manifesten Ausbruch der Krankheit lange Zeit psychische Erscheinungen voraufgehen können, die schon der tuberkulösen Meningitis angehören. Dieselben bestehen in einer allgemeinen Abschwächung der geistigen Fähigkeiten: des Verstandes, Gedächtnisses und Charakters, zu der sich eine hochgradige Reizbarkeit (bis zur Tobsucht) und zuweilen eine ganz fehlerhafte Apperception der Umgebung mit entsprechenden verkehrten Handlungen gesellt.

Aus der Symptomatologie der anormalen Formen hebt Verf. besonders folgende Symptome hervor:

1) In 12 Fällen beobachtete Verf. als einziges Symptom Lähmung

resp. Kontraktur oder Konvulsionen einer Seite oder Extremität. Es fand sich post mortem immer eine Läsion der psycho-motorischen Zone, d. h. des Lob. paracentr. oder der Centralwindungen. Bei allgemeinen Krämpfen fand sich entweder eine diffuse Meningitis oder die Plaques ließen die erwähnte Zone frei. In 5 Fällen konstatirte Verf. bei Monoplegie der unteren Extremität eine Läsion des Lob. paracentr. Ist der Krankheitsverlauf ein protrahirter (28 Tage), so kann eine sekundäre Degeneration der Pyramidenbahnen zu Stande kommen und es treten Atrophien mit Decubitus auf. Gewöhnlich gehen der Lähmung lokalisirte Konvulsionen vorauf, sind dieselben sehr heftig, so bedingen sie zuweilen eine rasch vorübergehende Paralyse (durch Erschöpfung). Diese »funktionelle Impotenz« kommt übrigens auch primär ohne Krämpfe vor. In den leicht kontrakturirten Gliedern zeigt sich zuweilen eine Art Semi-Katalepsie, d. h. ein Verharren in der dem Gliede passiv gegebenen Lage.

2) Das Delir der tuberkulösen Meningitis ist ein sehr wechselndes. Es fehlt bei der Meningitis en plaque ganz, eben so bei der diffusen Meningitis, wenn dieselbe sich langsam ausbreitet; es ist unabhängig von der Temperatur, färbt sich bei Säufern alkoholisch.

Zuweilen zur Höhe des Delirium acutum sich steigernd, ist es in anderen Fällen stark erotisch (Neigung zu Zoten etc.), resp. zeigt das Bild einer Melancholie oder Hypochondrie.

Das Koma ist meistens, aber keineswegs immer, durch Hydroceph. int. bedingt.

3) Kopfschmerz fehlt oft ganz; ist er lokalisirt, entspricht er meist dem Sitze der Läsion; er geht zuweilen 3—4 Monate dem Ausbruch der übrigen Symptome voraus. Die Plaques bewirken nicht nur lokalisirte Cephalalgie, sondern mitunter circumscripte Schmerzen eines (meist gleichzeitig von Konvulsionen befallenen) Gliedes, welche Verf. auf Läsion der psycho-sensitivo-motorischen Zone zurückführt, während er die Hyperästhesie als durch Reizung der spinalen Meningen bedingt ansieht.

4) Der Befund einer Neuro-Retinitis oder von Tuberkeln der Chorioidea kann vor einem prognostischen Irrthum schützen, wenn die übrigen Symptome zeitweise zurückgetreten sind.

5) Die Temperaturkurve kann nach Verf. eine sehr unregelmäßige sein, die Pulsverlangsamung wird bei hoher Temperatur oft vermisst. Die Pulszahl kann sehr wechseln, steht aber in einer viel innigeren Beziehung zur Respirationsfrequenz (gemeinsames Centrum im Bulbus) oder zur Temperatur.

Das Cheyne-Stokes'sche Phänomen sah Verf. selten.

6) Die Konstipation kann in manchen Fällen ganz fehlen und durch andauernde Diarrhöe (ohne Darmbefund) ersetzt sein, eben so das Erbrechen. Zucker konstatirte Verf. zweimal im Urin.

Was die pathologische Anatomie anlangt, so untersuchte Verf. wesentlich die submeningealen Gehirnpartien bei Meningitis en plaques unterhalb der letzteren und fand 1) dass der Process auch

auf das Mark (und zwar in seiner Ausbreitung abhängig von der Gefäßvertheilung) übergreift — subakute Encephalitis — und 2) dass der Process ein entzündlicher, kein nekrobiotischer ist, wie das aus dem Befund (Schwellung, Kernvermehrung, Vacuolisation der Zellen und der Neuroglia mit endlichem Verschwinden der Zelle) hervorgehe.

Die Diagnose hält Verf. besonders im Beginn der Meningitis für schwierig — er weist auf die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes bei Hirntumoren, der Urämie, der chronischen Bleivergiftung, der Blutung resp. Erweichung (in spec. der senilen Rindenerweichung), der akuten Manie und der pseudo-meningitischen Erscheinungen der Hysterischen hin. Vor einer Verwechselung der vorwiegend spinalen Mening. tubercul. mit einer Spinalerkrankung sensu strict. schützt die stete gleichzeitige Existenz von cerebralen Erscheinungen.

Verf. bezeichnet die Prognose als ganz trübe. Er giebt zwar das Vorkommen wirklicher Heilungen zu, betont aber die Möglichkeit längerer Remissionen, welche eine Heilung vortäuschen.

Therapeutisch hebt er die Nützlichkeit subkutaner Chloroforminjektionen in einem Falle von sehr heftigen Cris hydrocéphaliques hervor.

Thomsen (Berlin).

---

6. **Verneuil.** De la méningite tuberculeuse survenant à la suite d'opérations chez les tuberculeux. (Leçon clinique.)

(Gaz. méd. de Paris 1884. No. 27. p. 313.)

V. ist auf Grund langjähriger Beobachtung zu der Überzeugung gelangt, dass die Operation eines tuberkulösen Gelenkleidens bei dem Pat. oft eine allgemeine Tuberkulose hervorruft, in deren Verlauf schnell unter den Erscheinungen der tuberkulösen Meningitis der Tod eintritt. Er hat dieses Verhalten so oft gesehen, dass er den Gedanken an ein zufälliges Zusammentreffen zurückweist und einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden Thatsachen behauptet. Besonders häufig ist diese traurige Erfahrung zu machen in den Fällen, in denen leichtere partielle Operationen an den Gelenken ausgeführt worden sind, wie partielle Resektionen, Auskratzungen etc. V. beruft sich auf ähnliche Erfahrungen, die König in seiner Praxis gemacht habe, und warnt auf Grund dessen vor einer zu aktiven Therapie der tuberkulösen Gelenk- und Knochenaffektionen.

Kempner (Berlin).

---

7. **Féré et Quermonne.** Sur le poids du cœur dans les lésions rénales consécutives au cancer de l'utérus.

(Progrès méd. 1884. No. 31.)

Entgegen den Angaben Artoud's von der Häufigkeit der Herzhypertrophie durch sekundäre Nephritis im Gefolge des mit Verlegung des Harnleiters einhergehenden Gebärmutterkrebses konstatiren Verff. an der Hand von 36 derlei Fällen aus dem Sektionsjournal der Salpêtrière aus den Jahren 1881—1883, dass die Herzhypertrophie

nicht allein nicht die Regel bei solchen Pat. darstellt, sondern am häufigsten ein abgemagertes Herz wie bei anderen Krebskranken gefunden wird. Von den 36 Herzen hatten 18 unter 220 (bis 165) g gewogen und nur 6 das Gewicht von 300—320 g erreicht. Auch die Gewichte der Nieren finden sich notirt. (Man vgl. das Referat der Artoud'schen Arbeit in diesem Centralblatt 1884 No. 18.)

Fürbringer (Jena).

---

8. **Zacher.** Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XV. Hft. 2.)

Im Verfolg seiner Studien über die progressive Paralyse theilt Verf. seine Beobachtungen mit, welche er an 5 Fällen über den sog. »spastischen Symptomenkomplex« bei der Paralyse machen konnte. Die Symptome, welche in diesen Fällen neben denen der Paralyse beobachtet wurden, gleichen im großen Ganzen dem Symptomenkomplexe, welcher von Erb und Charcot für die spastische Spinalparalyse aufgestellt worden ist. Jedoch handelt es sich bei den Gehstörungen in den vorliegenden Fällen weniger um mechanische Hindernisse in den Gehapparaten, als um Ausfallserscheinungen bestimmter Bewegungsvorstellungen; krampfhafte Steifigkeit, Muskelspannungen etc. traten erst in den letzten Stadien der Krankheit auf. Auch die Steigerung der Sehnenphänomene findet sich bei den spastischen Fällen der Paralyse, jedoch zeigt das Verhalten der Reflexe hier, im Gegensatze zu der gleichmäßigen und progressiven Steigerung bei den Erb'schen Fällen, ganz erhebliche Schwankungen. Ein ganz analoges Verhältnis zeigen die Muskelspannungen.

Die in der letzten Krankheitsperiode aufgetretenen Muskelrigiditäten und Kontrakturen zeigen gleichfalls gewisse Eigenarten in ihrem Auftreten und weiteren Verlaufe, durch welche sie sich von dem Bilde der spastischen Spinalparalyse unterscheiden. Die Kontrakturen entwickeln sich bei der Paralyse in den oberen und unteren Extremitäten fast zu gleicher Zeit und zwar überall als Beugekontrakturen; auch in Bezug auf ihre Intensität zeigen sie erhebliche Schwankungen.

Von den pathologisch-anatomischen Befunden ist bemerkenswerth, dass sich offenbar zweimal primäre Systemerkrankungen, die sich unabhängig von der Gehirnaffektion als Komplikation entwickelt hatten, vorfanden; die Affektion war beide Male auf die Pyramidenbahn beschränkt. Die Ungleichheit der Rückenmarksaffektion auf beiden Seiten, welche sich in beiden Fällen zeigte, bei anscheinend gleich starken Veränderungen in beiden Hemisphären setzt die primäre Natur der Rückenmarksaffektion außer Zweifel. In einem dritten Falle beschränkt sich die Affektion nicht auf ein bestimmtes Fasersystem, sondern es finden sich mehr diffuse Veränderungen, die jedoch auch eine primäre Erkrankung darstellen.

Der eigenthümliche Verlauf der spastischen Symptome bei der progressiven Paralyse ist höchst wahrscheinlich stets auf pathologische Veränderungen des Gehirns resp. der Gehirnrinde zurückzuführen.

Die weiteren Schlüsse, die Verf. aus seinen Krankheitsfällen zieht, lauten:

Liegt gleichzeitig eine Affektion der Hinterstränge, speciell der Wurzelgebiete vor, so können in denjenigen Körperabschnitten, welche der afficirten Rückenmarkspartie entsprechen, die spastischen Symptome nicht zur Entwicklung gelangen. Die spastischen Symptome sind wahrscheinlich auf gewisse Reflexvorgänge zurückzuführen, welche entweder vom Gehirn aus vermittels Nervenbahnen, die innerhalb der Pyramidenstränge verlaufen müssen, oder aber von diesen Leitungsbahnen selbst aus in Folge von pathologischen Processen eine Steigerung erfahren haben.

M. Cohn (Hamburg).

9. S. Freud. Über Coca.

(Heitler's Centralblatt der Therapie 1884. Juli. p. 289.)

Nach Einnehmen von 0,05 Cocain empfand F. stets eine specifische Euphorie; er hatte Aufstoßen, Gurren im Leibe; der Puls nahm an Völle zu. Langanhaltende, intensive Arbeit des Geistes oder Körpers wurde ohne Ermüdung verrichtet; Nahrungs- und Schlafbedürfnis waren wie weggewischt. Von Indikationen der Coca hält F. folgende für berechtigt: 1) als Stimulans, wo große Leistungen gefordert werden; 2) bei Störungen der Magenverdauung; 3) bei Kachexien; 4) bei Entwöhnung vom Morphium- und Alkoholgenuss (vom Verf. selbst erprobt); 5) bei Asthma; 6) als Aphrodisiacum (vom Verf. mehrfach erprobt); 7) als lokales Anästheticum.

Kobert (Straßburg i/E.).

10. Bardet. Über direkte Galvanisation des Magens.

(Bull. gén. de thérap. 1884. Juni 30. p. 529.)

B. empfiehlt die direkte Elektrisation des Magens mit Hilfe speciell dafür angefertigter Elektroden, wie sie früher schon Perti (Morgagni 1879 Mai) und Bocci (Sperimentale 1881 Juni) anwandten, bei gewissen Krankheitszuständen des Magens — vor Allem bei Erweiterung desselben mit Atonie und beim »nervösen spastischen Erbrechen«. Man soll jedoch nach B. nur den konstanten Strom benutzen und bei Dilatation den negativen, bei Erbrechen und krampfhaften Symptomen den positiven Pol in den Magen einführen; bei der Dilatation soll man außerdem Stromunterbrechungen anwenden, welche letzteren B. mit Hilfe eines gewöhnlichen Maelzel'schen Metronoms vornimmt, dessen Pendel mit zwei Metallspitzen in Verbindung gebracht ist, die bei jeder Schwingung durch Eintauchen in ein Quecksilbernäpfchen den Strom schließen und öffnen. Die Zahl der Unterbrechungen soll zwei in der Sekunde nicht übersteigen. Die Stromstärke soll angeblich 15—25 M. A. be-

tragen haben (das wäre eine ganz enorme Stärke!); Dauer der Sitzungen 5—10 Minuten. Die indifferente Elektrode dabei in der Hand oder, bei Dilatation, besser in der Magengrube. Das Verfahren soll gar nicht oder doch sehr wenig schmerzhaft sein. Vier Fälle werden mitgetheilt; in dem ersten (20jährige Frau mit nervösen Magenstörungen) verschwand das Erbrechen, während aber die jede Ernährung behindernde Gastralgie zurückblieb. Die drei anderen Fälle betreffen Magendilatationen, bei denen, wie es scheint, ein palliativer Nutzen erzielt wurde. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

11. **Hay.** Über die Wirkung der Nitrite und des Nitroglycerin bei Angina pectoris.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 28.)

Die Wirkung des Amylnitrits und des Nitroglycerins bei Angina pectoris sind vielfach erprobt. H. versuchte nun auch die salpetrige Säure, und zwar in ihrer Natronverbindung, bei einem Falle, in welchem Amylnitrit zwar Erleichterung verschafft, aber die Intervalle zwischen den Anfällen nicht verlängert hatte. Dies that das salpetrigsaure Natron, ja es verhinderte sogar das Eintreten des Anfalls, wenn es vorher in einer Dosis von 1—2 g (0,06—0,12) genommen wurde.

Andere salpetrigsaure Äther, außer dem Amylnitrit, wie Äthylnitrit, Methylnitrit, hatten dieselbe Wirkung. Die sog. Nitroverbindungen zeigten dagegen nicht dieselbe Wirkung wie die betreffenden Nitrosoverbindungen.

Es geht aus diesen Untersuchungen von H. hervor, dass im Amylnitrit die salpetrige Säure die wirksame Komponente ist; und es liegt desshalb auch nicht die Nothwendigkeit vor, bei jedem Fall Amylnitrit anzuwenden, sondern man kann irgend eine Verbindung der salpetrigen Säure auswählen.

Nitroglycerin wirkt nach den Forschungen von H. wie ein Nitrit, weil es zum größten Theil in Berührung mit alkalischen Flüssigkeiten, wie das Blut, in salpetrige Säure zerlegt wird und nicht, wie bisher immer angenommen wurde, in ein Alkalinitrat und Glycerin.

Unverricht (Breslau).

---

12. **Herz.** Die Therapie der Darm-Intussusception im Kindesalter mit besonderer Rücksicht auf die Laparotomie.

(Habilitationsvortrag. — Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 9 u. 10.

Vom rein symptomatischen Standpunkte aus bespricht Verf. — nach dem Vorgange von Barthez und Rilliet — 1) die medicinische, 2) die mechanische, 3) die chirurgische Behandlung der Intussusception. Für die erstere kommt außer den allgemeinen Verhaltungsmaßregeln nur das Opium und die Narkotika in Betracht. Neben der medicinischen hat sofort auch die mechanische Behandlung in Aktion zu treten und zwar zunächst die Einführung der Sonde,

der es zuweilen gelingt, die Reposition zu bewerkstelligen. Ferner ist hier die Anwendung von Luftinsufflationen per anum oder Einpumpung von kohlensäurehaltigem Wasser (Sodawasser oder Rivière'sche Lösung) am Platz. Zahlreiche Erfolge haben auch die Injektionen von reichlichen Wasserquantitäten erzielt, zu welchen jedoch nur lauwarmes Wasser zu verwenden ist und bei denen vorher möglichst vollständige Narkotisirung der Pat. erfolgt sein muss, um jede Darmperistaltik aufzuheben. Besonders gute Erfolge sind bei Kindern von der Kombination der Flüssigkeitsinjektion mit der Massage beobachtet worden; einen weiteren Erfolg verspricht sich Verf. von der häufigeren Verwendung des elektrischen Stromes. Verf. glaubt, dass wenn erst einmal die Verhältnisse der Dünndarmmuskulatur und der diese versorgenden Bewegungs- und Hemmungsnerven genau bekannt sind, durch zweckmäßige Applikation der betreffenden Pole sich ein Einfluss auf invaginirte Darmpartien wird ausüben lassen.

Um die Resultate der chirurgischen Behandlung zu illustriren, stellt H. 20 Fälle von Laparotomien, die bei Kindern aller Altersklassen ausgeführt wurden, zusammen; von diesen 20 Fällen verliefen 6 günstig, d. i. ein Heilungsprocentsatz von 30%. Die Berechtigung der Operation an sich erhellt daraus zur Genüge; befand sich doch unter den geheilten Fällen Widerhofer's sogar ein 6monatliches Kind! Schwieriger stellt sich die Frage: Wann soll zur Operation geschritten werden? Hier schließt sich Verf. in der Beantwortung der Widerhofer'schen Ansicht an, welche dahin lautet, dass die Operation, soll sie von Erfolg sein, um so rascher vollzogen werden muss, je akuter der Fall verläuft, je rascher und hochgradiger der Verfall ist. In der Regel soll der Zeitraum von 24 Stunden nach der Entstehung der Invagination nicht überschritten werden. In chronischen Fällen dagegen ist ein längeres Abwarten nicht nur erlaubt, sondern zuweilen (auch in Rücksicht auf die Schwierigkeit der Diagnose über die Art der Verschließung) sogar geboten, wie zwei mitgetheilte Fälle beweisen.

M. Cohn (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **Schmid.** Beitrag zur Genese von Herzklappenfehlern.

(Korrespondenzbl. des Württemberg. ärztl. Vereins 1884. No. 25.)

Pat. 43 Jahre, kam zuerst mit diabetischen Erscheinungen in die Behandlung des Verf. Dazu gesellten sich Husten, Athemnoth, Nachtschweiße, Mattigkeit und Appetitmangel; dabei leichte Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung. Linker Ventrikel verbreitert, systolisches Geräusch an der Herzspitze und über den Aortenklappen. In der linken Lungenspitze katarrhalische Erscheinungen. Nachdem die Erscheinungen sich eine Zeit lang gebessert, traten Erscheinungen von Kompensationsstörung ein: Ascites, Hydrothorax, Hydroperikardium, Anasarka, Atherom an der linken Radialis fühlbar. Giemendes Geräusch an der Herzbasis. Hektisches

Fieber. Punctio abdominis, bei der 3 Liter einer trüben, serösen Flüssigkeit entleert werden. Tod an Herzparalyse.

Die Sektion ergab unbedeutende Kalkeinlagerungen an der Mitralis. Aortenklappen mit Kalkeinlagerungen und Schrumpfungen; an einem Klappensegel eine Perforation ca. 1 cm breit und $^1/_2$ cm in der Richtung vom Saum zur Insertion messend. Aorta stark atheromatös. Ziegler fand keine Mikroorganismen in den endokarditischen Herden und den atheromatösen Stellen.

Verf. eruirte nachträglich, dass ziemlich starker Abusus spirituosorum seitens des Pat. stattgefunden hatte und glaubt, dass die atheromatösen Processe im vorliegenden Falle auf diesen Umstand zurückzuführen sind. Das eigenthümliche Herzgeräusch in den letzten Krankheitsstadien entstand sehr wahrscheinlich durch Schwingungen des durch die Perforation zu einem Faden reducirten freien Saumes an dem einen Klappensegel.

Nicht völlig erklären lässt sich das Auftreten des Zuckers im Anfang und das Verschwinden desselben am Ende der Krankheit. **M. Cohn** (Hamburg).

14. **Huchard.** Sur le régime sec dans les maladies de l'estomac.

(Progr. méd. 1884. No. 27.)

Nach des Verf. Meinung existiren gewisse Formen von Dyspepsie ohne anatomische Grundlage, zumal bei Gichtikern und im Verlauf der Schrumpfniere, ausgezeichnet durch das Auslösen der Beschwerden, namentlich der Magenschmerzen durch Einfuhr von Flüssigkeiten irgend welcher Art. Solche Fälle von »dyspepsie des liquides« wurden durch das »régime sec« günstigst beeinflusst. Alle festen Nährmittel sind gestattet, Suppen sind möglichst einzudicken; Wasser ist nicht oder nur in geringsten Mengen erlaubt. **Fürbringer** (Jena).

15. **Millingen.** Sur un cas de contraction des muscles internes avec myosis.

(Union méd. 1884. No. 131.)

Ein 58jähriger Zahnarzt, der bis auf psychische Störungen leichten Grades (Bizarrerie etc.) bis dahin gesund gewesen war, konsultirte den Verf. wegen Diplopie in Folge von Strabismus convergens. Es ergab sich, dass der Abducens nicht gelähmt war, die Ursache der Affektion vielmehr in einer Kontraktur der Interni zu suchen war. Die Pupillen waren eng unbeweglich; keine weiteren Störungen weder von Seiten der Augen noch anderer Organe. Zwei Tage später dieselben Erscheinungen, dazu eine fast vollständige Anästhesie (mit Parästhesien) der Unterlippe. Dann zunehmende Schwäche, endlich vollkommene (motorische und sensible) Lähmung der rechten Seite, Aphasie, doppelseitige Ptosis. Noch einmal geringe Besserung der Hemiplegie, dann Tod nach im Ganzen 6tägiger Dauer der Krankheit. Die Obduktion ergab: Pachymeningitis geringen Grades, Sklerose der Communicans posterior und der Cerebralis posterior, einige kleine Ecchymosen an der Oberfläche des linken Streifenhügels und am Boden des 4. Ventrikels, einen nussgroßen Erweichungsherd mit unregelmäßiger Wand, der vom 4. Ventrikel durch eine 6 mm dicke intakte Schicht getrennt ist, nach rechts durch eine kleine Öffnung mit dem Aquaeductus Sylvii kommunicirt, links durch die äußersten Schichten der linken Vierhügel, nach oben durch die Spitze des linken, vorderen Vierhügels begrenzt wird, nach unten den Locus niger erreicht. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die obersten Schichten des linken Hirnschenkels mit ergriffen waren, eben so die graue Substanz des Aquaeductus. Die Ursprungsstelle (mit Merckel) der absteigenden, sensiblen Quintuswurzel ist zerstört; der Oculomotorius verläuft am Rande der Höhle; in der Nähe seines Kerns sind die Kapillaren strotzend mit Blut gefüllt, erweitert.

Auf eine Reizung des Oculomotoriuskernes führt Verf. demnach die Kontraktur der Interni zurück, die Myosis etc. bezieht er auf die Zerstörung des in den Vierhügeln gelegenen Centrums für die Pupillenbewegungen, die Anästhesie der Lippe

auf die Verletzung der Trigeminuswurzel. Durch den Druck des Herdes auf den linken Hirnschenkel kam die Hemiplegie zu Stande, ihre vorübergehende Besserung trat ein, als nach Perforation des Aquaeductus ein Theil des Inhalts in die Ventrikel abfloss (daher die Ecchymosen an deren Oberfläche) und der Druck so vorübergehend geringer wurde. Die Ursache der Erweichung war die vorliegende Gefäßerkrankung. **Strassmann** (Berlin).

16. **Charcot.** Un cas d'hystéro-épilepsie.

(Gaz. des hôpitaux 1884. No. 104.)

Der vierte von C. beobachtete Fall dieser Krankheit. Er betrifft ein junges Mädchen, die schon lange an Hystero-Epilepsie leidet. Die Anfälle verlaufen, wie gewöhnlich, in vier Stadien: 1) das epileptoide Stadium, 2) das Stadium der Verdrehungen, 3) das Stadium der Aufregung, 4) das Stadium des Deliriums. Außerdem treten epileptiforme oder epileptoide Anfälle, durch mehrere Tage hindurch, in so erschreckender Häufigkeit auf, dass man versucht ist, sie für eine schwere Komplikation der Hysterie zu halten. Die Zeit zwischen den einzelnen Anfällen ist von verschiedener Dauer. Jeder Anfall beginnt mit tonischen Krämpfen; dann folgen später klonische; darauf tritt dann Lösung der Glieder und Schnarchen ein. Eine Art leisen Initialschreis leitet ein. Druck auf das Ovarium hat keinen Einfluss auf den Anfall, während dessen sich die Pat. weder in die Zunge beißt, noch Urin verliert; Schaum vor dem Mund ist sehr selten. Jeder Anfall setzt sich aus 30, 40 und noch mehr Attacken zusammen, welche sich ohne Pausen folgen; das Erwachen ist eigenthümlich; durch Unruhe ausgezeichnet. Wenn die Kranke wieder zu sich gekommen ist, klagt sie nur über Ermüdung, Hitze, Schweiß und ist bald wieder völlig gesund. Dieses schnelle Zusichkommen steht im schärfsten Gegensatz zu dem tiefen Koma bei wirklichen epileptischen Anfällen. Die Krankheit ist wieder seit 4 Tagen aufgetreten; am ersten hatte die Pat. 113 Anfälle, am zweiten sogar 230, welche in 5 Serien stattfanden, am dritten 380 in 9 Serien und am vierten 700 und einige Anfälle. Diese Eintheilung in Serien zeichnet sich dadurch aus, dass einer jeden ein leichtes Unbehagen voraufgeht; keine ausgesprochene Aura, sondern nur geringfügiger Kopfschmerz, Stechen in den Schläfen, Zischen in den Ohren.

Anfälle von Epilepsie von dieser Dauer würden tödlich enden; bei der Hystero-Epilepsie ist der Ausgang immer günstig. Die Diagnose unterstützt sehr das Thermometer: bei der Hystero-Epilepsie steigt die Temperatur nie über 38,2 bis 38,4°, bei der wahren Epilepsie geht sie auf 39, 40, ja bis auf 42°.

Sämmtliche 4 Fälle, die C. bisher gesehen hat, stimmen darin überein, dass sie die rudimentäre Aura zeigten, dass das Beißen in die Zunge fehlte, dass die Kranken schnell erwachten und gleich wieder ihren Geschäften nachgingen, ohne dass der Anfall eine Spur zurückgelassen.

Die Therapie ist machtlos; alle möglichen Mittel sind vergeblich versucht worden. **Mendelsohn** (Berlin).

17. **Ch. Féré.** Note sur un cas de pied tabétique.

(Rev. de méd. 1884. No. 6.)

18. **Boyer.** Ataxie locomotrice. Pied tabétique. Luxation coxofémorale. Arthropathies et lésions osseuses précoces atrophiques et hypertrophiques.

(Ibid.)

Charcot und F. haben eine Lokalisation der Arthropathien bei Tabes beschrieben, die zu eigenthümlicher Deformität des Fußes und dessen Skelettes führt. F. theilt nun einen neuen einschlägigen Fall mit und schildert eingehend die Formveränderung des Fußes.

Der innere Fußrand ist besonders in seiner hinteren Hälfte verdickt, die ganze Sohle berührt den Boden (wie ein beigegebener Abdruck derselben lehrt).

Die Breite des kranken Fußes ist geringer, während auch der Fußrücken in der Tarsometatarsalgegend angeschwollen erscheint und die Circumferenz im Niveau der Ossa cuneiformia 3 cm mehr beträgt, als auf der gesunden Seite. Auch das Gelenk zwischen Metatarsus und 1. Glied der großen Zehe ist geschwollen. Druckschmerz besteht nicht, eben so wenig Krachen. Die Verschmälerung der Planta beruht nach F. auf Verschiebung eines Os cuneiforme nach oben in Folge von Zerstörung der Ligamente.

Die übrigen Symptome der Tabes, lancinirende Schmerzen, Dysästhesie, hatten seit Beginn in der betreffenden Extremität prädominirt, auch die Ataxie war hier ausgesprochener.

Die Arbeit B.'s enthält den anatomischen Befund der im Titel genannten Gelenk- und Knochenveränderungen in einem Falle von Tabes. Schon in einer sehr frühen Periode der Krankheit, noch kein Jahr nach dem Auftreten dominirender Schmerzen, war eine Spontanluxation des rechten Oberschenkels im Hüftgelenk zu Stande gekommen. Nach einigen weiteren Jahren Affektion des linken Kniegelenks und beider Fußgelenke, nebenbei ein Mal perforant an beiden Füßen. Der Tod erfolgte 13 Jahre nach Beginn der Tabes. Bei der Sektion fanden sich tiefgreifende Veränderungen des rechten Hüftgelenkes, theilweise Zerstörung des Schenkelkopfes, Luxation mit unvollständiger Ankylose, Osteophytenbildung im Umfang der Kapsel und sehr beträchtliche Exostosen im oberen Abschnitt der Femurdiaphyse und in der Nähe des Foramen ovale.

An den Kniegelenken fand sich ziemlich hochgradige atrophische Resorption der Gelenkenden sowohl des Femur, als der Tibia; links mit Osteophytenbildung; keine Ergüsse im Gelenk.

Das Skelett beider Füße bot in fast sämmtlichen konstituirenden Knochen Alterationen. Verdickung der Gelenkpartien des Astragalus, Calcaneus und Os scaphoideum, Verschmelzung der Gelenke des Os cuboid. und der Ossa cuneiformia mit den Enden der Metatarsalknochen, Brüchigkeit und Rarefaktion der Knochensubstanz.

Verf. bemerkt, dass der von anderer Seite behauptete Unterschied in der anatomischen Grundlage der tabischen Arthropathie und der gewöhnlichen Arthritis sicca nicht existirt. Eine kleine Abweichung der Form des Fußes in seinem Fall von dem durch Page, Charcot und F. aufgestellten Typus, den Mangel eines erheblichen Vorsprungs am inneren Fußrande, erklärt Verf. so, dass in seinem Fall die Volumszunahme der Gelenkköpfe des Mittelfußes mehr in vertikaler, als in seitlicher Richtung stattgefunden habe. Der »tabetische Fuß« bezeichnet keine neue Läsion, sondern ist nur eine seltene Lokalisation eines an anderen Punkten des Skeletts häufigen Processes.

Eisenlohr (Hamburg).

19. **Tuffier.** Abscès des glandes de Cooper; orchite; mort.

(Progr. méd. 1884. No. 24.)

Ein lehrreicher Fall, in so fern der durch Suffokation erfolgende Tod eines 62jährigen Emphysematikers, der in seiner Jugend mehrfach an Gonorrhöe und in den letzten Jahren an Dysurie gelitten, das, was man intra vitam für eine gewöhnliche Urethralstriktur gehalten und demgemäß (durch Bougies) behandelt, als einen Abscess der Cooper'schen Drüsen auswies. Stets war der Harn eiterfrei befunden worden. Die Entzündung des Hodens und Nebenhodens war offenbar die Folge des Katheterismus. Neben dem Genannten ergab die Sektion Blasenhypertrophie, Erweiterung der Ureteren, leicht granulirte Nieren.

Fürbringer (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N°. 45. **Sonnabend, den 8. November.** **1884.**

1. **Adamkiewicz.** Über Gehirndruck und Gehirnkompression.

(Wiener Klinik 1884. Hft. 8 u. 9.)

Auf Grund folgender Erwägungen bekämpft Verf. die gültige Lehre vom »Hirndruck«.

1) Der Arachnoidealflüssigkeit steht durch die Gehirnvenen und die Emissarien des Schädels ein so reichlicher Abfluss zu Gebote, dass eine plötzliche Vermehrung derselben bei der Möglichkeit der Vertheilung nach allen Seiten eine Druckerhöhung nicht herbeiführen kann.

2) Die Erscheinungen des »Hirndruckes« lassen sich sämmtlich durch Infusion von Flüssigkeiten in die Carotis erzeugen. Die Flüssigkeit dringt in das Gehirn auf Kosten des Blutes, es entsteht also Anämie. Anämie und Imbibition sind aber Reize und »Hirndruck« ist also nichts Anderes als Effekt einer Hirnreizung. Die Reizerscheinungen entsprechen der Quantität und Qualität des Reizes — es ist gleichgültig, ob der Reiz ein thermischer, chemischer oder

mechanischer ist, stets reagirt das Gehirn, wie ein Muskel, in genau derselben Weise, nämlich mit »Hirndruckerscheinungen«. Dabei kann sogar der Schädel trepanirt sein, so dass von einem Druck keine Rede ist. Koma ist Überreizung und jeder Reiz, ist er nur kräftig und andauernd genug, erzeugt schließlich Koma.

3) Die Anämie spielt bei der Wirkung intrakranieller raumbeschränkender Herde überhaupt keine Rolle.

Wäre der Hirndruck durch Anämie bedingt, so müssten die Kapillaren komprimirt sein, der Druck in der V. jugul. also sinken, in der A. carotis (durch Stauung) dagegen steigen.

Verf. brachte Laminariastückchen zwischen Dura und Schädel von Thieren und fand kein Sinken des Venendruckes, sondern vielmehr zuweilen ein Steigen. Es kann also die Spannung des Liquor cerebro-spinalis durch den quellenden Tumor nicht erhöht worden sein; die Quellung des Tumors ist aber trotzdem möglich, weil nach des Verf.s Ansicht die Nervenmasse des Gehirns kompressibel ist.

Da andererseits ein Ablassen des Liquors keinen Einfluss auf den Venendruck hat, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

a. Die normale Spannung des Liquors ist dem Kapillardruck des Gehirns annähernd gleich und

b. diese Spannung wird durch raumbeschränkende Tumoren nicht geändert, da ein steter regulatorischer Ab- und Zufluss das Gleichgewicht erhält.

Da vielmehr sekundär bei Gehirnhyperämie (z. B. bei forcirter Exspiration, während die Stimmritze geschlossen ist) die Spannung des Liquor steigt, so ist die herrschende Lehre, dass der Hirndruck bedingt sei durch einen Spannungsgrad des Liquor, welcher Gehirnanämie erzeugt, nach A. falsch und existirt »Hirndruck« in diesem Sinne überhaupt nicht.

Thomsen (Berlin).

---

2. S. Lukjanow. Über die Aufnahme von Sauerstoff bei erhöhtem Procentgehalt desselben in der Luft. (Aus dem Laboratorium des Herrn Privatdoc. Dr. Herter in Berlin.)

(Zeitschrift für physiologische Chemie Bd. VIII. p. 313.)

Eine der Fragen, welche für die ganze Auffassung der biologischen Vorgänge im Organismus von fundamentaler Wichtigkeit ist, ist die, ob die Aufnahme des Sauerstoffs in einer Beziehung zu der Menge, in welcher dieses Gas dem Körper dargeboten wird, steht, ob also, was damit gleichbedeutend wäre, der gesammte Stoffwechsel von äußeren Bedingungen abhängig ist, oder ob die Zelle in weiten Grenzen unabhängig von der Zusammensetzung der Athmungsluft die Sauerstoffaufnahme selbst regulirt. Die hierauf bezüglichen Angaben der berühmtesten Forscher widersprechen einander. Während Regnault und Reiset in ihren bekannten Untersuchungen fanden, dass die Menge des aufgenommenen Sauerstoffs im Wesentlichen dieselbe blieb, gleichgültig, ob sich die Thiere in atmosphärischer Luft oder

einem sauerstoffreicheren Gasgemische befanden, giebt Paul Bert an, dass bei der Erhöhung der Tension des Sauerstoffs sich die Absorption dieses Gases veränderte und zwar Anfangs bis zu einem gewissen Maximum sich steigerte, welches zwischen 40 und 60 % einer Atmosphäre lag, dann aber allmählich wieder abnahm. Es schien daher von Wichtigkeit, diese Frage einem neuen Studium zu unterziehen.

L. bestimmte mittels eines nach dem Princip von Regnault und Reiset kostruirten, im Text genau beschriebenen Apparates die Menge Sauerstoff, welche verschiedene Thiere (Ratten, Meerschweinchen, Hunde, Katze, Taube, Kanarienvogel) in normaler und wenig sauerstoffreicher (21—30 %) Luft aufnehmen und verglich mit derselben die in einem sauerstoffreichen (60—80 % O) Gasgemenge absorbirte. Auf Grund der sehr zahlreichen exakten und mühevollen Versuche, deren Protokolle sorgfältig mitgetheilt werden, kommt L. zu dem Schlusse, dass die Erhöhung der Sauerstoffspannung in der Athmungsluft eine Steigerung der Sauerstoffaufnahme nicht mit Nothwendigkeit zur Folge hat.

»Wenn nun auch die Erhöhung der Sauerstoffspannung eine regelmäßige Steigerung der Sauerstoffaufnahme in obigen Versuchen nicht herbeiführte, so wäre es doch möglich, dass sie in einzelnen Fällen eine Begünstigung derselben bewirkte. Es können besondere Zustände in den Organismen vorkommen, welche eine bessere Ausnutzung des in höherer Tension dargebotenen Gases bedingen. Entweder sind in solchen Fällen Störungen in der Respiration resp. Cirkulation anzunehmen, so dass den Geweben die nothwendige Sauerstoffmenge aus der Luft nicht zugeführt wird, oder das Sauerstoffbedürfnis ist vorübergehend gesteigert, so dass dasselbe bei erhöhter Spannung des Sauerstoffs in der Athmungsluft besser befriedigt werden kann.« Nach Aderlässen, welche von diesem Gesichtspunkte aus vorgenommen wurden, fand sich bei den ca. 1 Stunde nach dem Eingriff ausgeführten Bestimmungen eine, wie es scheint, bald vorübergehende Steigerung der Sauerstoffaufnahme gegen die Zeit vor demselben, sowohl wenn die Thiere in gewöhnlicher Luft, als wenn sie in einem 80—90 % sauerstoffhaltigen Gasgemisch athmeten, und zwar war die Steigerung der Sauerstoffaufnahme in dem sauerstoffreichen Gase nicht höher als in der Luft. Bei septischem Fieber zeigte sich kein Einfluss einer höheren Tension des Sauerstoffs auf die Sauerstoffaufnahme.

F. **Röhmann** (Breslau).

---

3. **W. Schumburg.** Über das Vorkommen des Labferments im Magen des Menschen. (Aus dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. p. 260.)

Gerinnung der Milch kann auf zweierlei Weise hervorgerufen werden; die Milch gerinnt durch Zusatz einer Säure, sie gerinnt

durch Vermittlung eines in der Magenschleimhaut des Kalbes enthaltenen Agens (Ferment?), des Lab; in letzterem Falle bleibt die Reaktion der Milch alkalisch, es bildet sich nicht, wie man früher angenommen, bei der durch Lab bewirkten Gerinnung aus dem Milchzucker Milchsäure.

Das Labferment als solches findet sich konstant nur beim Kalb und Schaf, bei den übrigen Säugethieren und Vögeln fehlt es meistens, bei den Fröschen fast immer. Dagegen gelang es Hammarsten aus dem Magen des Hechtes und aller anderen darauf untersuchten Thiere einen Körper zu extrahiren, der bei der Behandlung mit 0,1% HCl in Lab übergeht; also ein Zymogen ist.

S. kam es darauf an, den Labgehalt von menschlichen Mägen kennen zu lernen. Eine Reihe von Vorversuchen ließen ihm folgendes Verfahren als das zweckmäßigste erscheinen. Aus möglichst frischer Magenschleimhaut wird mittels der 10fachen Menge 0,125% HCl ein Infus bereitet, dasselbe 48 Stunden stehen gelassen, dann neutralisirt, auf 40° C. erwärmt und im Verhältnis von 1 : 5 zu gleichtemperirter frischer Kuhmilch gesetzt. Die Schnelligkeit, mit der Gerinnung eintritt, ist ein Maß für die Menge des vorhandenen Fermentes. So untersucht enthielten 15 Mägen von Menschen, die an verschiedenen Krankheiten gestorben waren, Labferment, in 19 anderen ließ sich ein solches nicht nachweisen. Von besonderem Interesse ist das Vorkommen von Lab im Magen der Neugebornen. Unter 6 Fällen zeigten 4 einen, wenn auch ziemlich schwachen Fermentgehalt, 2 gar keinen. Von 4 anderen intra partum abgestorbenen Kindern erhielt S. nur in einem Falle ein positives Resultat.

Eine andere Frage, welche S. zu entscheiden suchte, war die, ob das Labferment nur in der Magenschleimhaut oder auch im Magensaft vorkommt. Lab findet sich in der That stets im Magensaft bei den Thieren, z. B. Kalb, bei denen es in der Magenschleimhaut enthalten ist. Der durch Anwendung von Brechmitteln oder mittels Magenpumpe gewonnene Magensaft des Hundes enthielt nur geringe Mengen Labferment. Vom Menschen suchte S. Magensaft durch Verschlucken von Schwämmchen zu erhalten; nur in einem Falle unter vielen zeigte sich die so gewonnene Flüssigkeit wirksam.

Im Magen gerinnt die Milch sofort. Wenn nun auch Salzsäure von der Koncentration, wie sie im Magen enthalten ist, nach den Versuchen von Uffelmann im Stande ist unter gewissen Bedingungen Gerinnung zu bewirken, so sind diese Bedingungen doch im Magen keine günstigen, die Menge der Säure reicht nicht zur Coagulation aus. Es muss also nach S. auch im menschlichen Magen neben der Salzsäure noch das Labferment die eigentliche, bedeutendere Ursache der Milchgerinnung sein. Versuche ergaben, dass die Wirksamkeit des Labs eine erheblich größere ist bei Anwesenheit von 0,2% Salzsäure.

Die schnelle Gerinnung der Milch im menschlichen Magen kommt

demnach zu Stande durch die Kombination der Säure- und Labwirkung.

F. Röhmann (Breslau).

---

4. **Matilde Dessalles.** Dell' albumina nella saliva e nella bile degli albuminurici.

(Rivista clinica 1884. Juni.)

In einer Sitzung der Pariser Akademie vom Juni 1883 hatte Prof. Semmola zur Stütze seiner Ansicht, dass die Albuminurie bei chronischem Morbus Brightii hämatogenen Ursprungs und die Nierenaffektion erst das Sekundäre sei, auf das konstante Vorkommen von Serumalbumin in beträchtlicher Menge in Speichel, Galle und Schweiß der an chronischem Morbus Brightii Leidenden hingewiesen, während es sich in diesen Sekreten bei keiner anderen Form von Albuminurie finde.

Die vorliegende Arbeit kontrollirt das von Semmola angeführte Faktum in Bezug auf Speichel und Galle. Semmola hatte den Speichel zur Untersuchung entnommen, nachdem er durch Pilokarpin Speichelfluss erzeugt hatte; im Gegensatz dazu entnahm Verf. den Speichel ohne Weiteres, nachdem nur eine sorgfältige Ausspülung des Mundes mit klarem Wasser vorangegangen. In jedem Falle wurde das Mikroskop zur Untersuchung auf zufällige Beimengungen (rothe Blutkörperchen, in Folge kleiner Schleimhautverletzungen etc.) herangezogen. Zur Eiweißprobe wurden bei jeder einzelnen Untersuchung mehrere Methoden in Anwendung gezogen (Kochen, Salpetersäure, Essigsäure und Ferrocyankalium, Kaliumbichromat etc.).

Die Untersuchung des Speichels erfolgte in 9 Fällen von chronischem Morbus Brightii, die Untersuchung der Galle konnte 4mal gemacht werden. Das Resultat war im Gegensatz zu Semmola ein absolut negatives. Im Speichel war häufig auch nicht eine Spur von Eiweiß nachweisbar, sonst so geringe Quantitäten, wie sie auch normalerweise bei Gesunden sich daselbst vorfinden; übrigens war auch in 3 Fällen von akuter Nephritis (2 nach Scharlach, 1 nach Erysipel) das Resultat das gleiche.

Verf. glaubt diesen strikten Gegensatz zwischen seinen und Semmola's Resultaten auf die Anwendung des Pilokarpins seitens des Letzteren, demgemäß das Vorkommen des Eiweiß in den Sekreten auf die Wirkung, die dieses Mittel auf die Drüsen ausübt, zurückführen zu müssen. In der That konnte er in 3 Fällen (2 Gesunde, 1 Morbus Brightii) durch Untersuchung des Speichels vor und nach einer Pilokarpininjektion eine beträchtliche Steigerung des Albumingehaltes des Speichels, resp. erst das Auftreten von Eiweiß in demselben nachweisen. Übrigens war auch in zwei Fällen von Ptyalismus bei Paralysis agitans ein beträchtlicher Albumengehalt des Speichels nachweisbar, so dass sich bei der Untersuchung ein tüchtiger Eiweißniederschlag einstellte.

Freudenberg (Berlin).

---

5. J. Gaucher. Scrofule et Tuberculose.

(Union méd. 1884. II. No. 119.)

Verf. beabsichtigte sich über die tuberkulöse oder nichttuberkulöse Natur der verschiedenen, bei Skrofulösen beobachteten Affektionen durch Verimpfung des betr. Materials auf Meerschweinchen Gewissheit zu verschaffen. Während er bei den Experimenten, die er mit dem Material verkäster Drüsen, kalter Abscesse etc. anstellte, allgemein Tuberkulose erhielt und somit die früheren, positiven Resultate bestätigen konnte, ergaben die Versuche mit »oberflächlichen« skrofulösen Affektionen, mit den Krusten und dem Eiter von Impetigo, dem Eiter von Keratoconjunctivitis etc. ein abweichendes Resultat. Unter 22 derartigen Experimenten blieben 20 negativ, nur in zweien, in denen es unter dem Impetigo zu tieferen Ulcerationen gekommen war, führten die mit dem Eiter der letzteren vorgenommenen Impfungen zu allgemeiner Tuberkulose. Die Untersuchung auf Bacillen war in all diesen 22 Fällen erfolglos.

Strassmann (Berlin).

---

6. P. Baumgarten. Über die Unterscheidungsmerkmale der Bacillen der Tuberkulose und der Lepra.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 7.)

Form- und Größenverhältnisse beider Bacillusarten bieten keine diagnostisch zu verwerthende Differenzen dar. Einen besseren Behelf gewährt die Anordnung und der Sitz im erkrankten Gewebe, in so fern, wie Babes bereits nachgewiesen, die Leprabacillen vorzugsweise intracellular lagern, die Pilze der Tuberkulose hingegen vorwiegend frei angetroffen werden. Die Tinktionsdifferenzen sind nicht principiell, sondern nur graduell; es entzieht der Alkohol die Farbe den Tuberkelbacillen schneller, als denjenigen der Lepra (Rathschläge für das diagnostische Färbeverfahren s. im Original). Die Kulturen anlangend hat Hansen seitens der Leprastäbchen Eindringen in das erstarrte Blutserum, Verflüssigen desselben und reichliche Bruterzeugung sich bewegender Bacillen bereits nach 8 Tagen konstatirt, während die Bacillen der Tuberkulose (nach Koch) weder in das Serum eindringen, noch dasselbe verflüssigen, und erst in der 2. Woche schüppchenförmige Anhäufungen unbeweglicher Elemente liefern. Ein durchaus sicheres Unterscheidungsmerkmal giebt das differente Verhalten der beiden Bacillenarten innerhalb des lebenden Thierkörpers. Entgegen dem bekannten zur Allgemeininfektion des Organismus führenden Verhalten der Tuberkelbacillen bei der Überimpfung in die vordere Augenkammer des Kaninchens vermögen die Leprastäbchen bei reichlichster Übertragung entweder gar nicht, oder nur in die nächstgelegenen Gewebsbezirke einzudringen, durchaus specifische Impfprodukte erzeugend. **Fürbringer** (Jena).

---

7. A. Irsai. Zur Diagnostik der Tuberkulose des Harnapparats auf Grund des Befundes von Koch'schen Tuberkelbacillen im Harn.

(Wiener med. Presse 1884. No. 36 u. 37.)

Wenn auch die Tuberkulose des Harnapparates gewöhnlich eine sekundäre ist, so kommt sie doch auch primär vor; und hierbei giebt es wieder Fälle, in welchen der Process einseitig bleibt. Aus den Erscheinungen im Leben ist die Tuberkulose dieser Organe bisher sehr schwer, oft sogar gar nicht zu diagnosticiren gewesen; jetzt wird durch das Auffinden der Tuberkelbacillen im Harn die Diagnose sicher gestellt. Zwei derartige Fälle theilt I. mit. In dem ersten hatte der Harn schmutzig-gelblich-rothe Farbe, saure Reaktion, reichliches roth-graues, dichtes Sediment, viel Eiweiß, Eiter, Blut, Blasen- und Nierenbecken-Epithel; außerdem Tuberkelbacillen. Die Sektion ergab geringfügige Lungentuberkulose und ausgedehnte Tuberkulose der Blase so wie des Urethers und der Niere der linken Seite. In dem zweiten Falle bestand Harnträufeln; der Harn ist orangegelb, trübe, alkalisch, hat ein fingerdickes, zähes, graugelbliches Sediment, das viel Eiter und Tripelphosphate enthält. Sowohl im Harn wie im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen vor. Hier ergab die Autopsie neben der Phthisis pulmonum Tuberkulose der Prostata, so wie einen periurethralen Abscess, der in die Urethra perforirt war.

Mendelsohn (Berlin).

---

8. Bossmann. Über die Einwirkung der Metallstaubinhalation auf die Gesundheit.

(Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin etc. 1884. Hft. 5.)

Verf. bespricht die Art und Weise, wie Metallstaub in die Lunge gelangt und sodann die Veränderungen, welche er in derselben hervorruft. Der Weg, welchen Metallpartikelchen nehmen, ist derselbe, auf welchem auch die Kohlentheilchen in die Lunge gelangen. Es finden sich in Folge dessen Ablagerungen von Metallstaub überall da in der Lunge, wo sich lymphatische Elemente befinden, also zunächst in den Infundibular- und Lobularseptis, in den peribronchialen und perivaskulären Lymphbahnen und schließlich in den Lymphdrüsen, wobei dann zuerst die Lymphsinus sich anfüllen und erst nach und nach das Parenchym und zwar oft derart, dass jede Struktur unkenntlich wird.

Die Veränderungen im Lungengewebe, welche durch Metallstaubinhalation bewirkt werden, bestehen in chronischer Bronchopneumonie mit Ausgang in Verkäsung. Dass die Metallarbeiter ein so großes Kontingent zur Tuberkulose stellen, ist daraus erklärlich, dass die chronisch entzündeten Schleimhäute und der mechanisch bewirkte Verlust der schützenden Epitheldecke besonders zur Aufnahme der Bacillen disponiren.

Hieran reiht Verf. eine Anzahl von Angaben über die Einwir-

kungen der einzelnen Metallarbeiten auf die Morbidität und Mortalität der Arbeiter, welche sehr interessante und für die moderne sociale Gesetzgebung wichtige Details enthalten, sich aber im Referat nicht wiedergeben lassen.

M. Cohn (Hamburg).

---

9. **W. Th. v. Renz.** Tabes dorsalis und Syphilis. (Vorläufige Mittheilung.)

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1884. No. 17.)

Verf. hat bei zahlreichen Untersuchungen von Tabikern gefunden, dass bei letzteren ganz ausnahmslos die kutanen Verbreitungsbezirke der Äste des sog. Plexus pudendo-haemorrhoidalis total oder partiell hyperästhetisch sind. An dieser Sensibilitätsstörung betheiligen sich häufig benachbarte Nervengebiete, am häufigsten die des Plex. coccygeus. Diese Hyperästhesie der bezeichneten Gebiete ist nach Verf. ein charakteristisches und eins der ersten, wenn nicht geradezu das erste Symptom der Tabes dorsalis; Verf. hat es sogar in Fällen gefunden, in denen die Patellarreflexe noch deutlich, resp. sogar gesteigert waren. Pseudoneuralgische Krisen in den Hautästen des Plex. pudendo-haemorrhoidalis hat Verf. allerdings nie beobachtet. (Vgl. dazu die neueste Publikation von Pitres: des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrices progressive. Progrès médical 1884. No. 37.)

Dieser Befund einer konstanten Hyperästhesie im Bereich des Plex. pudendo-haemorrhoidalis weist nach Verf. auf die Geschlechtsorgane als einen der häufigsten — wenn nicht geradezu beständigen (?) — peripheren Einsatzorte der Tabesnoxe hin und bietet eine nahe Beziehung zu der Theorie der syphilitischen Ätiologie der Tabes. Aber nach Verf. muss nicht das syphilitische Virus bevorzugter Weise jene Noxe sein; es gehört dazu außer »der syphilitischen Schankerläsion peripherer Nervenenden« und dem »Syphilisbacillus« noch eine »tabische Disposition«. Unter letzterer vermuthet Verf. eine gewisse in der Qualität und Quantität des Epithelialbelags der betr. Schleimhautflächen begründete leichtere Durchlässigkeit für den Erreger der Degeneration.

Wie man sieht, steht Verf. durchaus auf dem Boden eines peripheren Ursprungs der Tabes; für die refrigeratorische Tabes unterliegt nach ihm der periphere Einsatz auch im anatomischen Sinne nicht dem entferntesten Zweifel (? Ref.).

Die Anschauung, die Verf. von den betreffenden Vorgängen sich gebildet: refrigeratorische Läsion der peripheren Enden einer größeren Anzahl sensibler Hautnerven, Degeneration derselben, centripetale Fortleitung dieser Degeneration nach dem Waller'schen Gesetz, involvirt einen starken Lapsus, die Annahme nämlich, dass die sensiblen Nervenfasern nach der Trennung der Stämme centripetal degenerirten. Letzteres gilt bekanntermaßen nur für die hinteren Wurzeln zwischen Ganglion spinale und Rückenmark.

Eisenlohr (Hamburg).

---

10. **Dreschfeld** (Manchester). On alcoholic paralysis.

(Brain 1884. Juli.)

Verf. trennt die alkoholischen Motilitätsstörungen in 2 Gruppen. Die Alkoholataxie bietet so ziemlich das Bild der Tabes (Inkoordination, lancinirende Schmerzen, Westphal'sches Zeichen, Blasenstörungen), doch schützt das Fehlen anderer tabischer Symptome (Arthropathien, Oculomotoriusparese, spinale Myosis) und das Auftreten der Erscheinungen direkt im Anschluss an Alkoholexcesse, so wie ihr völliges Verschwinden im Verlauf der nächsten Monate — auch das Kniephänomen kehrt zurück — vor Verwechselungen. Paralyse und Atrophie fehlen bei dieser Form.

Bei der eigentlichen Alkoholparalyse findet sich einmal eine Parese resp. Paralyse mit Atrophie besonders der unteren Extremitäten und speciell der Extensoren, Sensibilitätsstörungen (Hyperästhesie mit nachfolgender Anästhesie, so wie Perversion der Temperaturempfindung), ferner Herabsetzung resp. Verlust der Reflexe und der Sehnenphänomene. Außerdem zuweilen Röthung und Ödem der Knöchel und des Hand- und Fußrückens. Die Nerven und Muskeln weisen deutlich Entartungsreaktion auf.

In einem Falle, der außer den eben beschriebenen Symptomen noch reflektorische Pupillenstarre mit Myosis bei intakter Intelligenz (!) zeigte, ergab die Sektion ein völlig normales Gehirn und Rückenmark (incl. Clarke'sche Säulen), auch die hinteren Wurzeln und die Muskeln waren gesund. Dagegen fand sich eine multiple periphere Neuritis (Larceraux) der gemischten Nerven. Verf. weist auf die Ähnlichkeit der Alkoholaffektion hin, einmal mit der progressiven multiplen Neuritis, von der sie sich aber durch den weniger akuten und progressiven Verlauf und durch die Beschränkung auf die Extensoren unterscheidet, und ferner mit der Bleiintoxikation, indem er noch darauf aufmerksam macht, dass, eben so wie bei dieser, so auch im Gefolge des chronischen Alkoholismus und im Anschluss an Excesse viscerale Neuralgien (Kolik ohne gastrische Erscheinungen mit Obstipation und Angina pectoris) vorkommen.

Thomsen (Berlin).

---

11. **Schäfer.** Über Hysterie bei Kindern.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. V. Hft. 9 u. 10.)

Nach kurzer litterarischer und numerischer Übersicht über die Verhältnisse der hysterischen Affektionen des Kindesalters geht Verf. auf die ätiologischen Momente derselben ein, die in prädisponirende und Gelegenheits- oder determinirende Ursachen getheilt werden; häufig fallen beide zusammen. Unter ersteren gebührt der Heredität der Vorrang. Die Anlage kann erworben werden durch unzweckmäßige körperliche und geistige Erziehung; von großer Wichtigkeit sind ferner Ernährungsverhältnisse und dann auch nach Verf.s Angabe die Onanie. (Letztere allein verursacht eben so wenig wie bei Erwachsenen bei Kindern psychische Affektionen, ein Umstand, den

Krafft-Ebing wohl genügend klar gestellt hat. Ref.) Unter den determinirenden Ursachen spielen Erkrankungen und Abnormitäten des Urogenitalapparats (kongenitale Phimose etc.) eine wichtige Rolle; endlich gehören hierher psychische Einwirkungen, Angst, Schreck, Trauer und schließlich Nachahmungstrieb.

Die Symptomenschilderung beginnt mit den Sensibilitätsstörungen, die anscheinend im Kindesalter seltener zur Beobachtung gelangen. In ungemeiner Mannigfaltigkeit kommen bei Kindern spontane Schmerzen neuralgischer Natur vor; besonders häufig ist auch die angiospastische Form der Migraine, die Hemicrania sympathico-tonica; auch Clavus hystericus und typische Neuralgien kommen im Kindesalter vor.

Besondere Beachtung verdienen die Gelenkneurosen, die besonders von Esmarch in neuerer Zeit gewürdigt worden sind. Häufig lässt hierbei der Schmerz bestimmte, an jedem Gelenk besonders lokalisirte Schmerzpunkte erkennen. In das Gebiet der Hysterie rechnet Verf. auch zum Theil noch die Erscheinungen der Enuresis diurna et nocturna.

Neben Hyperästhesien kommen, auch unabhängig von ihnen, Anästhesien vor von verschiedener Intensität. Auch Hemianästhesie und Parästhesien wurden beobachtet.

In der motorischen Sphäre äußert sich die Hysterie in specifischen, allgemeinen und partiellen Krampfformen; hierher rechnet Verf. auch den Spasmus nutans (?). Von speciellen hysterischen Erscheinungen werden auch im Kindesalter der Globus, die Dysphagia spastica und die Ructus seltener, das hysterische Erbrechen dagegen häufiger beobachtet. Auch der Spasmus glottidis soll nach Verf.s Angaben zuweilen auf hysterischer Basis beruhen.

Kontrakturen und Lähmungen werden ziemlich häufig angetroffen; letztere entwickeln sich meist rasch im Anschluss an einen hysterischen Krampfanfall oder eine heftige psychische Erregung.

Das Verhalten der elektro-muskulären Kontraktilität bleibt bei hysterischen Lähmungen gewöhnlich andauernd normal. Die hysterischen Lähmungen unterscheiden sich von der sog. essentiellen Kinderlähmung, der sie bei ausgebreiteten Formen besonders im Beginn ähneln, durch das Intaktbleiben von Blase und Mastdarm. Am häufigsten kommen Lähmungen des Oculomotorius und M. levator palpebrae superioris zur Beobachtung, während die des Facialis und Hypoglossus äußerst selten sind. Andere Lähmungen finden sich in mannigfachster Form im Verdauungs- und Respirationstraktus und der vasomotorischen Sphäre. Auch Anomalien der se- und exkretorischen Sphäre, besonders der Schweißsekretion sind erwähnenswerth.

Das psychische Verhalten der Kinder ist, analog dem der Erwachsenen, bald mehr bald weniger alterirt; doch gehört das Auftreten des hysterischen Irreseins im Kindesalter zu den größten Seltenheiten. Die typischen »hysterischen Anfälle« mit ihren verbreiteten klonischen und tonischen Krämpfen sind mehrfach im Kindesalter

beschrieben. Hier finden sich die als hystero-epileptische Krämpfe und als Chorea magna bezeichneten Mischformen.

Die Prognose gestaltet sich für das kindliche Alter begreiflicherweise günstiger, als für das spätere Lebensalter.

Bezüglich der Therapie findet sich in der vorliegenden Arbeit nichts Neues. **M. Cohn** (Hamburg).

---

12. **W. M. S. Paget.** A few remarks on hay-fever.

(Brit. med. journ. 1884. II. p. 1203.)

Verf. leidet selbst an Heufieber und theilt anschließend an einen zusammenfassenden Vortrag von Mackenzie (Brit. med. journ. 1884 Mai 17) seine eigenen Erfahrungen mit.

Nicht nur die Pollen der Grasarten, sondern der Geruch fast jeder Blume rufen zuweilen bei solchen, die einmal von Heufieber befallen waren, die Krankheit hervor. Auch große Hitze, helles Licht und Ostwind können bei diesen einen Anfall erzeugen. Bezüglich der Therapie ist Verf. sehr skeptisch. Am meisten hält er noch von allgemeiner Kräftigung, von Nerventonika und von sorgfältigem Reinhalten der Augen. Vor Überhitzung des Körpers wird besonders gewarnt. **Edinger** (Frankfurt a/M.).

---

13. **Lennox Browne.** The treatment of hay-fever.

(Brit. med. journ. 1884. II. p. 1204.)

Von W. F. Philipps wurde vor Kurzem wieder Belladonna gegen Heufieber empfohlen. Verf. schließt sich dieser Empfehlung an. Er lässt gern gegen Schnupfen und Heuasthma Vaseline mit Ol. Eucalypti und Atropin je eine Drachme (englisch) auf eine Unze Vaseline in die Nasenlöcher reiben. Gegen die Disposition kennt Verf. nichts Besseres als oberflächliches Ausbrennen der Nase mit dem Galvanokauter. Während des Anfalls selbst soll innerlich Opium und Belladonna gereicht werden.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

14. **O. Lassar.** 1) Pseudo-Sklerodermie. 2) Urticaria gravis. 3) Pityriasis alba. 4) Geschwürsbildung auf Grundlage vereiterter Varicellen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 7.)

Die erstgenannte Affektion wurde nach Abheilung eines intensiven, ein Prurigo larvirenden Ekzems beobachtet. Die Ähnlichkeit mit dem Bilde einer Sklerodermie war frappant, darf aber in so fern nicht befremden, als hier die gleichen Bedingungen: Stauung (Verlagerung der Lymphgefäße durch enorm geschwellte Lymphdrüsen) und Entzündung in Folge des pruriginösen Juckreizes gegeben waren. Bäder, Schwitzkuren, Kompression, Massage, Theerbehandlung beeinflussten

die Beschwerden (Jucken, Gefühl von Spannung und Taubheit) in erfolgreicher Weise.

2) Die bei einem sonst gesunden jungen Manne seit 6 Jahren in ganz unberechenbaren schweren Spontanattacken sich äußernde Krankheit wurde durch größere Dosen salicylsauren Natrons (innerhalb 4 Stunden 3mal 1,5) auf das Beste beeinflusst, in so fern die Eruptionen koupirt, so wie nach und nach spärlicher und milder auftraten. Ähnlich wirkte das Mittel in einem zweiten Falle, in welchem Chinin und Kissingen wiederholt vergeblich gebraucht worden.

3) Mit dem Namen »Pityriasis alba« belegt Verf. eine in allen wesentlichen Punkten mit Ausschluss der Acquisition (im 9. Jahre bei einem 13jährigen Knaben) mit der Ichthyose übereinstimmende Hautkrankheit. Einsalbung mit 2%iger Salicylvaseline glättete in einigen Wochen die Haut fast vollständig.

4) wurde bei zwei Säuglingen unter der Form großer, locheisenförmiger Ulcerationen zumal im Bereich des Rückens beobachtet, oft aber als Folge ungünstiger Ernährungsbedingungen, mangelnder Reinlichkeitspflege und von Juckreizung. **Fürbringer** (Jena).

---

15. **J. Roussel.** De la transfusion directe du sang vivant.
(Progr. méd. 1884. No. 21, 22, 24, 25, 28 u. 30.)

Die Wiedergabe eines längeren auf Veranlassung von Charcot in der Salpêtrière gehaltenen Vortrages. Verf. giebt in ansprechender Darstellung einen kritisch gehaltenen historischen Überblick über die Transfusion als Heilmethode und begründet in ausführlicher Weise, warum nur sein in neuester Zeit mehrfach modificirter Apparat den wahren Principien der Operation entsprechen könne. Als unumgängliches Gesetz hat zu gelten, dass das zur Transfusion benutzte — menschliche komplete venöse — Blut vor jedem Kontakt mit der atmosphärischen Luft, mit Metall oder Glas bewahrt und in ununterbrochener Bewegung bleibe, damit jede Spur der verderblichen Fibringerinnung verhindert werde; dass dem Blutstrom die normale Temperatur und Spannung verbleibe; dass dem Spender nur so viel entzogen werde, als der Kranke entsprechend seiner Herzthätigkeit unmittelbar aufzunehmen vermag. In letzterer Hinsicht ist bei einer Pulsfrequenz von 90 pro Minute etwa eine 4malige Dose von 10 g (0,5 auf jede Diastole) erforderlich.

Von der Transfusion mit Thierblut, mit arteriellem, defibrinirtem Blut ist abzusehen, eben so von allen Apparaten mit Reservoirs, Spritzen oder sonstigen Aspirationsvorrichtungen, metallenen Trokars, Kanülen etc. R. giebt auf einigen sehr lesenswerthen Seiten die Beschreibung und Abbildung von über 20 mehr oder weniger bekannten Apparaten aus alter und neuer Zeit, ihre Schäden mit scharfer logischer Kritik darlegend — weil ihre Anwendung theils bedenklich ist, theils eines irgend sicheren Erfolges entbehrt.

Das Princip des in seiner letzten Vervollkommnung höchst sinn-

reich konstruirten Roussel'schen Transfuseurs besteht darin, dass die Vene des Blutspenders unter warmem Wasser geöffnet wird, das mit letzterem gemischte Blut zunächst durch eine Zweigleitung entfernt wird und, sobald es unverdünnt fließt, mittels einer Art künstlichen, durch Handdruck zu bewegenden Gummiherzens direkt in das Venensystem des Kranken eingeführt wird. Alle Theile der Leitung bestehen aus Kautschuk. Bezüglich der detaillirteren, durchweg von Scharfblick und Kunst des Erfinders zeugenden Einrichtung des Apparates und seiner Anwendung muss auf das Original, das eine Anzahl erläuternder Abbildungen giebt, verwiesen werden. Hier sei nur so viel erwähnt, dass auf die blutgebende Medianvene der mittlere cylindrische Theil einer Art von Schröpfkopf gesetzt und mit warmem Wasser gefüllt wird; in ihm befindet sich ein durch Handdruck von außen zu bewegendes Messer mit winkliger Schneide, das die Haut trennt und die Vene anschneidet. Der Gummimotor fasst 10 ccm, welche etwa 5mal in der Minute durch Druck in ununterbrochenem Strom in die Medianvene des Kranken geleitet werden. Die letztere wird durch Einwicklung des Unterarms und Anlegung einer Aderlassbinde am Oberarm kenntlich gemacht, frei präparirt, mit der Schere geöffnet und die Einführung der Kanüle bezw. ihre Fixation mittels besonderer Dilatationspincette und Serre-fines gesichert. Die Gesammtmenge des zu transfundirenden Blutes beträgt gewöhnlich 150 bis 300 ccm. Die bisherigen Erfolge sind als hervorragende zu bezeichnen. Niemals entsteht Phlebitis, und in keinem Theile des Apparates, in welchem das Blut cirkulirt hat, findet man Fibrinausscheidungen.

Fürbringer (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

16. **Eulenburg.** Ein Fall von Hypertonia musculorum pseudohypertrophica.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 17.)

Der vom Ref. ausführlich mitgetheilte Fall gehört in die Kategorie derjenigen Bewegungsanomalien, bei denen Muskelrigidität in Verbindung mit Erschwerung der aktiven Bewegungen und mit Hypervolumen der betheiligten Muskeln das kardinale Symptom bildet. Er reiht sich demnach den von Leyden zuerst als »Rigidität der Muskeln, Muskelsteifigkeit« beschriebenen, neuerdings von Westphal als »Thomsen'sche Krankheit« zusammengefassten Krankheitsbildern an. Von diesen jedoch, bei denen es sich um eine mit vermehrtem Muskelvolumen verbundene angeborene Anomalie des Muskeltonus zu handeln scheint, unterscheidet sich der vom Ref. beschriebene Fall hauptsächlich durch folgende Momente: 1) nicht kongenitale, sondern acquirirte (ungefähr um das 20. Lebensjahr, ohne bekannte Ätiologie beginnende) Entwicklung des Leidens; 2) Mitbetheiligung der Blasenmuskulatur; 3) völliges beiderseitiges Fehlen des Kniephänomens (bei einem 27jährigen Manne); und endlich 4) bedeutende Herabsetzung der faradischen und galvanischen Nervenreizbarkeit, der faradomuskulären und galvanomuskulären Kontraktilität (so wie auch der mechanischen Excitabilität) in oberen und unteren Extremitäten. Diese Momente vereinigt, lassen auf einen schwereren, chronisch progressiven Krankheitsprocess im Rückenmark schließen.

A. Eulenburg (Berlin).

17. Hadden. Cases of Chorea.

(Brain 1884. Juli.)

1) In 3 Fällen von Chorea beobachtete Verf. mehr oder weniger vollständigen Verlust der Artikulation. Die Chorea war vorzugsweise rechtsseitig, in einem Falle war der rechte Arm paretisch. Die Kranken wurden geheilt.

2) Drei Fälle von Anästhesie resp. von Hemianästhesie (übrigens auf die andere Seite übergreifend) zumal auf der mehrbetheiligten resp. paretischen, einmal auf der gegenüber liegenden Seite. Zwei der Kranken wiesen psychische Anomalien auf, die eine blieb dauernd geisteskrank. (Das Verhalten der Sinnesorgane wurde nicht geprüft. Ref.)

3) Ein 15jähriger choreatischer Knabe zeigte echte hysterische Krampfattacken bei erhaltenem Bewusstsein.

Die übrigen Pat. waren Mädchen von 7—20 Jahren. **Thomsen** (Berlin).

18. V. Horsley. Consensual movements as aids in diagnosis of disease of the cortex cerebri.

(Med. times 1884. August 16.)

Verf. theilt eine genaue klinische und anatomische Beobachtung mit, die an sich interessant, vielleicht auch richtig gedeutet ist, indessen wenigstens nicht mit Sicherheit zu so weitgehenden Folgerungen berechtigt, wie Verf. es will. Es handelt sich um einen Fall von Meningitis tuberculosa bei einem 7jährigen Knaben; merkwürdig waren charakteristische Mitbewegungen im Bereiche des Armes, die Verf. zu einer Lokalisationsdiagnose benutzt. In der That fanden sich an der vermutheten Stelle Erkrankungsherde — ob aber diese die (alleinige) Ursache waren, scheint uns fraglich. Wir geben nur die für die vorliegende Frage wichtigen Details.

Am 8. Krankheitstage wurde bei dem (übrigens schon benommenen) Kranken eine Parese der linken Extremitäten bemerkt, am Arme stärker ausgesprochen als am Bein. Am 10. Tage erschien der linke Oberarm rigide; wurde er im Ellbogengelenk bewegt, so traten nach 2 Sekunden, an den folgenden Tagen bereits nach 1 Sekunde, im rechten Arm Mitbewegungen auf — der Oberarm wurde adducirt, im Schultergelenk flektirt (?), der Ellbogen blieb gestreckt, im Handgelenk stellte sich leichte Flexion ein. Verf. zieht besonders aus der Länge der Zeit, welche bis zum Eintritt der Mitbewegungen verfloss, den Schluss, dass es sich um eine Übertragung des diese überhaupt veranlassenden Reizes nicht im Rückenmark, sondern im Gehirn handelte. Er diagnosticirte Erkrankung der rechten vorderen Centralwindung und des hinteren Drittels der mittleren Hirnwindung.

Es bestanden außer den angeführten noch zahlreiche andere Erscheinungen: Erbrechen, Stauungspapille etc.; Pat. starb am 24. Krankheitstage. Abgesehen von den wie schon erwähnt an der richtigen Stelle vermutheten Tuberkeln fanden sich aber noch viele andere, Erguss in die Ventrikel etc. Aus diesen Gründen erscheint es uns nicht statthaft, den Fall zu einer Lokalisationsdiagnose zu verwerthen. **Küssner** (Halle a/S.).

19. Horsley (London). A case of occipital encephalocele, in which a correct diagnosis was obtained by means of the induced current.

(Brain 1884. Juli.)

Eine angeborene Encephalocele des Hinterhauptes hatte intra vitam folgende Symptome gemacht: Demenz, automatische Bewegungen und Rigidität der Muskeln, Anaesthesie tache cérébrale, Myosis, vielleicht Amaurose mit Pupillenstarre. Die übrigen Hirnnerven intakt, Schlucken gut, kein Erbrechen. Kompression des Sackes bewirkte absteigende Krämpfe, faradische Reizung in horizontaler Richtung war ohne Erfolg, bei vertikaler Stromesrichtung trat dagegen konjugirte Deviation beider Augen ein, woraus Verf. die Diagnose stellte, dass die Vierhügel den Inhalt der Hernie bildeten.

Die Sektion ergab einen zweilappigen Hirnbruch, der obere Theil enthielt

(wahrscheinlich) die enorm vergrößerte Zirbeldrüse, der untere das ausgedehnte Dach des Aquaed. Sylvii und die sackförmig ausgezogenen Vierhügel.

Thomsen (Berlin).

20. F. Siemens. Absolute Karenz eines Paranoischen.

(Neurologisches Centralblatt 1884. No. 18.)

Die von S. mitgetheilte Beobachtung (bei einem 43jährigen Manne mit Gehörshallucinationen, Wahn elektrischer Beeinflussung, Verfolgungs- und Größenideen etc.) beweist, dass ein körperlich gesunder Erwachsener eine absolute Karenz — auch Enthaltung von Wasser! — während 12 Tagen sehr wohl ohne dauernden Nachtheil aushalten kann. Die Gewichtsabnahme betrug in diesem Falle 14 kg (rund $1^1/_6$ kg pro Tag), während bei längerer Karenz mit Wassergenuss der tägliche Gewichtsverlust nur etwa $^1/_2$ kg beträgt. Weiter zeigt die Beobachtung, dass in den letzten Stadien der absoluten Karenz Eiweiß im Harn auftritt, und zwar in größerer Quantität, als die Beimischungen seitens der harnausführenden Organe bedingen, also aus der Niere stammend. Dieses Eiweiß verschwindet sehr bald nach reichlicher Wasserzufuhr. In anderen inneren Organen (Herz, Lungen) wurden keine nachhaltigen Störungen beobachtet; einzelne Gelenke, z. B. Kiefergelenke, wurden trocken und schmerzhaft. Am 12. Tage der absoluten Abstinenz wurde zur Anwendung der Schlundsonde geschritten, welcher der Kranke in Folge seiner großen Schwäche nur wenig Widerstand leistete; Beibringung von $^3/_4$ Liter Milch (mit 3 Eiern hineingequirlt), wovon ein Theil durch Brechbewegungen wieder entleert. Der Effekt war jedoch ein vollkommener; Pat. nahm vom folgenden Tage ab wieder Nahrung, besonders flüssige und gewann seine alte Kraft und Körperfülle allmählich wieder. Auf das psychische Verhalten war die Karenz ohne jeden Einfluss geblieben.

A. Eulenburg (Berlin).

21. Schmid. Mittheilungen aus der Praxis.

(Korrespondenzbl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1884.)

Fall 1 betrifft ein Kind, das an Melaena neonatorum binnen 5 Tagen nach der Geburt unter häufigen Darmblutungen im Collaps zu Grunde ging. Bei der Sektion fand sich neben sichtbarer Anämie der Brust- und Bauchorgane an der Hinterwand des Duodenum, $^1/_2$ cm unterhalb des Pylorus, eine erbsengroße Perforation des Darmes mit gerötheten, verdünnten Rändern. In der Bauchhöhle kein abnormer Inhalt, keine Zeichen von Peritonitis.

Die Entstehung des Geschwürs (denn als solches ist das bei der Sektion sich als Loch präsentirende Gebilde am Duodenum anzusehen) sucht Verf. (nach Ziegler) in einer bei Unterbindung der Nabelgefäße leicht möglichen Turgescenz der Gefäße, die dann zur Darmblutung führt und auch Geschwürsbildung zur Folge haben kann.

Fall 2. 14jähriges Mädchen kam Morgens 10 Uhr mit Klagen über Kopfschmerzen und Übelkeit aus der Schule, erbrach einige Male und wurde dann nach 2 Stunden von den Angehörigen mit Schaum vor dem Munde, völlig soporös aufgefunden. Sie starb wenige Stunden später unter den Erscheinungen eines akuten Lungenödems. Anamnestisch war nur zu eruiren, dass das Kind seit etwa einem Jahre über Kopfschmerzen und Stechen in der linken Seite zeitweise klagte, aber nie bettlägerig war und in der Schule sich bis zum Tage ihres Todes besonders auszeichnete.

Die Sektion zeigte als wesentlichsten Befund die rechte seitliche Hirnkammer in eine große Cyste verwandelt, bei der ein Vorderhorn nicht zu finden ist. Die Gehirnsubstanz über derselben ist verdünnt und in der Gegend des unteren Scheitelläppchens bis nahe an den Ventrikel von einem Tumor von ziemlicher Größe durchsetzt, der sich härter anfühlt als die normale Hirnsubstanz. In der Höhle befinden sich ca. 2 Esslöffel eines sulzigen Exsudates. Der Schädelknochen über der Tumorgegend (in der Gegend der Vereinigung von Schläfenschuppe und Os parietale dextr.) zu Papierdicke geschmolzen. Ziegler erklärte den Tumor für ein Angiosarkom, das sich von der Pia oder den Piascheiden der Hirngefäße aus entwickelt

habe. Die Schlussaffektion ist durch starke Exsudation in die Ventrikel zu erklären.

Fall 3. 8jähriges Mädchen; vor einem Jahre rechtsseitiges pleuritisches Exsudat. Diesmalige Erkrankung mit Allgemeinerscheinungen, Schmerzen im Leib und Dyspnoe. Vorn rechts Dämpfung von der 4. Rippe an, die in die den Rippenrand 2 Finger breit überragende Leberdämpfung übergeht. Kein Tumor fühlbar, kein Ikterus, kein Ascites. Athmungsgeräusch abgeschwächt, eben so der Fremitus an der betr. Stelle. Hinten Dämpfung bis einen Querfinger breit unter dem Angulus scapulae. Intercostalräume etwas vorgewölbt, Thoraxumfang rechts $1^1/_2$ cm größer als links. Die Dämpfung stieg bis zur 3. Rippe, hinten bis zum Angulus scapulae, das Herz wurde nach links verdrängt, Schmerzen heftiger. Thoraxpunktur im 7. Intercostalraum entleerte ca. 400 g einer wasserklaren, albumenfreien, kochsalzreichen Flüssigkeit, in deren Sediment Schüppel einige Dutzend Echinococcus-Scolices aller Formen und Entwicklungsstadien nachwies.

Die Beschwerden und die Dämpfung gingen darauf etwas zurück, leider aber wurde die Pat. der weiteren Beobachtung des Verf. durch Übergang in die Behandlung eines renommirten »Schäfers« entzogen. Mehrere Monate später sah Verf die Pat. gesund aussehend auf der Straße. Verf. bespricht sodann noch die Differentialdiagnose, ohne zu einer bestimmten Entscheidung zu kommen, wo der primäre Sitz des Echinococcus gewesen sei. **M. Cohn** (Hamburg).

22. G. Riehl. Hyperidrosis unilateralis. Beitrag zur Kenntnis der Sympathicus-Erkrankungen.

(Wiener med. Presse 1884. No. 34 u. 35.)

Die Beobachtung zeichnet sich durch den anatomischen Befund in dem Halsgebiete des Sympathicus aus. Sie betrifft eine 41jährige Frau, welcher ein hoch hinaufragendes Carcinom des Cervix uteri und der angrenzenden Partien der Vagina exstirpirt worden war und die behufs leichterer Reinhaltung auf die Klinik von Prof. Kaposi gebracht worden war. Die Kranke klagte, dass sie schon seit mehreren Jahren an linksseitigem Kopfschmerz leide, der in unregelmäßigen Intervallen wiederkehre und mit Röthung, Gefühl der Hitze und starkem Schweiß an der linken Kopfhälfte verbunden sei. Die Beobachtung eines Anfalles, der auf der Klinik erfolgte, zeigte die linke Gesichtshälfte intensiv geröthet, die rechte Seite durch ihre blasse Färbung lebhaft kontrastirend. Die Röthung war in der Symmetrielinie des Gesichtes scharf begrenzt. So weit die Röthung sich erstreckte, war die Haut mit Schweiß bedeckt, der in Thauperlen ähnlichen großen Tropfen über der Haut stand und alsbald wieder in kleinen Tröpfchen hervorsickerte, wenn er fortgewischt wurde. Die Pupille des linken Auges war beträchtlich erweitert und reagirte sehr träge auf Lichtreize. Das rechte Auge normal; Prominenz des Bulbus oder Veränderungen an der Schilddrüse nicht wahrnehmbar. Der Anfall dauerte 36 Stunden. Die Pat. starb, nachdem sie einen zweiten, ähnlichen Anfall noch durchgemacht, wenige Tage darauf; Todesursache Peritonitis. Die Autopsie zeigte das Ganglion sup. der linken Halsseite des Sympathicus um die Hälfte größer, als das der Gegenseite; auf dem Durchschnitt erschien es stärker injicirt und rosenroth gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung des Ganglion zeigte dasselbe in seiner ganzen Länge von Rundzellen durchsetzt; die Gefäße stark gefüllt, eine punktförmige Hämorrhagie. An einer Stelle waren die Ganglienzellen geschrumpft; die Nervenfasern des Sympathicus dagegen weder über noch unter dem Ganglion merkbar verändert.

R. nimmt an, dass durch die im Ganglion vorfindlichen Entzündungserscheinungen einerseits Lähmung der vasomotorischen Sympathicusfasern, andererseits Reizung der oculo-pupillären Fasern erzeugt worden sei.

Mendelsohn (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 46. **Sonnabend, den 15. November.** **1884.**

1. E. N. v. Regéczy. Beiträge zur Lehre der Diffusion von Eiweißlösungen.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIV. p. 431.)

Durch die Versuche von Graham weiß man, dass die verschiedenen Stoffe ein verschiedenes Diffusionsvermögen haben; dass sich das Eiweiß von den Salzen durch seine außerordentlich geringe Diffusion unterscheidet. Mischt man zwei Salze von bekannter Diffusionsfähigkeit, so erleidet die Diffusionsgeschwindigkeit eines jeden eine Veränderung, in allen Fällen verliert das weniger lösliche von zwei gemischten Salzen an Diffusionsvermögen. Dies brachte R. auf den Gedanken, dass aus salzhaltigen Eiweißlösungen das Eiweiß nicht nur darum langsamer diffundirt, weil sein Diffusionsvermögen an sich geringer ist, sondern auch aus dem Grunde, weil zwei Stoffe von verschiedenem Diffusionsvermögen beisammen sind und der leichter diffundirbare Stoff den Durchgang des schwerer diffundirbaren eben

so, ja noch mehr hindert, als dies schon bei den Salzen nachweisbar war. Eine Reihe sinnreich angestellter Versuche führte zu Resultaten, die mit dieser Grundanschauung in Übereinstimmung stehen; sie zeigen, wie sich salzfreies und salzhaltiges Eiweiß verhält, wenn es durch verschiedene Membranen gegen Wasser oder Salzlösungen diffundirt.

Auf Grund dieser Diffusionsversuche stellt R. eine neue Hypothese für die Erklärung der Albuminurie auf, den Beweis für dieselbe verspricht er später zu geben; wir wollen uns auch bis dahin die Wiedergabe derselben aufsparen. **F. Röhmann** (Breslau).

---

2. L. Hermann. Weitere Beiträge zur Lehre von der Resorption. Nach Versuchen von A. Frick und E. v. Meyer.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIV. p. 506.)

1) Im Gegensatz zu einer gelegentlichen Bemerkung von Schiffer hält H. seine alte Angabe, dass das Curare vom Magen aus unwirksam ist, bei Unterbindung der Nieren dagegen wirksam wird, aufrecht.

2) Nimmt man zwei Frösche, durchschneidet dem einen den (rechten) Plexus ischiadicus, umwickelt bei jedem die obere Hälfte des Unter- und das untere Drittel des Oberschenkels mit Fließpapier, das mit einer 1%igen Strychninlösung getränkt ist, bringt also gleichgroße Hautstellen mit der gleichen Giftmenge in Berührung, so treten die Reflexkrämpfe stets früher ein bei dem unversehrten Frosche. Entfernt man das Strychninpapier, wäscht die Haut mit Wasser gut ab und bewahrt die Thiere im feuchten Raum auf, so dauern die Vergiftungserscheinungen bei dem verletzten Frosche länger, als bei dem anderen. H. schließt hieraus, dass das gelähmte Bein um den zur Auslösung der Krämpfe erforderlichen Strychningehalt des Gesammtblutes (derselbe wird bei Durchschneidung des Plexus ischiad. selbstverständlich derselbe sein wie ohne Durchschneidung) hervorzubringen, mehr Strychnin aufnimmt, als ein ungelähmtes. Hieraus aber ergiebt sich, dass die durch die Nervendurchschneidung bewirkte Störung nur die Fortschaffung des Giftes aus seiner Resorptionsstätte in den allgemeinen Kreislauf und nicht die Aufsaugung aus dem umgebenden Medium betrifft, letztere vielmehr unabhängig vom Nervensystem von Statten geht. **F. Röhmann** (Breslau).

---

3. G. Golgi. Neoformazione dell' epitelio dei canalicoli oriniferi nella malatia di Bright.

(Arch. per le scienze med. vol. III. No. 5. p. 105—116.)

Verf. untersuchte in einem Falle von chronischer parenchymatöser Nephritis die Epithelien der Harnkanälchen auf Kerntheilungsfiguren, und fand zahlreiche indirekte Kerntheilungen in den oberflächlichen Harnkanälchen der Rinde, seltener fanden sie sich in den

tiefer liegenden Kanälchen der Rinde, sehr spärlich fanden sie sich am Ursprung der Harnkanälchen aus den Malpighi'schen Knäueln und in diesen selbst. Die Frage, ob es sich hierbei nur um eine Neubildung von Epithelien in Folge der entzündlichen Reizung, oder ob es sich um eine Regeneration der bereits zerstörten Epithelien handelt, wird von dem Verf. in dem letzteren Sinne durch einen Fall von parenchymatöser Nephritis entschieden, der schon am 10. oder 12. Tage durch Urämie zum Tode führte und bei dem noch nirgends in den Epithelien indirekte Kerntheilungen aufgefunden werden konnten, während noch in drei anderen Fällen chronischer Nephritis die gleichen Befunde wie in dem erstgenannten gemacht wurden.

Löwit (Prag).

---

4. **W. Flemming.** Studien über Regeneration der Gewebe.

(Archiv für mikroskop. Anatomie Bd. XXIV. p. 50—91.)

In vorliegender Untersuchung beschäftigt sich der Verf. ausschließlich mit der Frage über die Neubildung weißer Blutkörperchen. Verf. und einzelne andere Autoren hatten früher bereits angegeben, dass die Leukocyten sich sowohl durch indirekte als auch durch direkte Kern- und Zelltheilung vermehren, Ref. konnte sich nur von der ersteren Art der Zelltheilung überzeugen, während Arnold, allerdings bei der Untersuchung hyperplastischer Organe (Lymphdrüsen, Milz und Knochenmark) ganz abweichende Formen der Zelltheilung fand, die ihn zur Aufstellung eines neuen Schema der Zelltheilung führte (vgl. dieses Centralblatt 1884 No. 9 u. 38). Verf. hat sich nun bei der Untersuchung von Lymphdrüsen und verwandten Organen von einer Reihe von Thieren und vom Menschen davon überzeugt, dass die physiologische Neubildung von Leukocyten in den genannten Organen durch indirekte Theilungen der Zellen erfolgt, welche in den Retikularlücken der Knoten und Stränge dieser Organe eingelagert sind (Keimlager). Direkte Theilung (Fragmentirung) von Leukocyten wurde auch vom Verf. beobachtet, er kann aber nicht zugeben, dass diese Zellen nur dieser einen Theilungsart fähig wären. Die indirekten (mikotischen) Theilungen sind an den genannten Orten so reichlich, dass diese Art der Zellvermehrung dem Verf. für den Wiederersatz der Leukocyten vollständig ausreichend zu sein scheint. Die Zelltheilungen in den genannten Organen treten lokal gehäuft auf. Als der anatomische Ausdruck dieser lokalen Häufung sind die hellen Sekundärknötchen oder Keimcentren (Vacuolen von His) zu betrachten, die Verf. nicht für konstant lokalisirte Formtheile der lymphatischen Knoten, sondern für Bildungen hält, die ihre Lokalität wechseln können. Die von Arnold aus pathologischen lymphatischen Organen beschriebenen eigenthümlichen Kerntheilungsbilder konnte Verf. an normalen Organen nicht wiederfinden, er kann daher auch nicht für die physiologische Vermehrung der Lymphzellen und für die Zellvermehrung überhaupt die vier von Arnold aufgestellten Typen der Zelltheilung anerkennen. Verf. vermuthet, dass unter pathologischen

Bedingungen andere Formen der Zelltheilung Platz greifen können, als unter normalen. Verf. findet weiterhin in den Zellen mit ruhenden Kernen der Keimcentren und der Peyer'schen Knötchen des Darmes stark färbbare Körnerbildungen vor, die er als »tingible Körper« bezeichnet, deren physiologische Bedeutung jedoch noch unklar ist. Verf. vermuthet aus ihrem örtlichen Vorkommen, dass die gleichen Verhältnisse einerseits das Auftreten reichlicher Zelltheilungen begünstigen, andererseits die Ausbildung dieser Körnerbildungen in anderen Zellen der gleichen Lokalität veranlassen. **Löwit** (Prag).

---

5. **Rudolf Virchow.** Über Metaplasie.

(Vortrag, gehalten auf dem internationalen med. Kongress in Kopenhagen.)
(Virchow's Archiv Bd. XCVII. Hft. 3.)

Es ist nunmehr bald ein Menschenalter her, dass V. den Satz aufgestellt hat: Omnis cellula a cellula, und so den offenen Bruch mit der Zellentheorie Schwann's aussprach. Er unterschied scharf zwischen nutritiven oder trophischen und formativen oder plastischen Vorgängen, von denen das Ergebnis der ersteren Erhaltung der Zelle ist, während die Bildung dagegen den Zweck der Vermehrung der Zellen hat. Was die autonome Ernährung der Zellen betrifft, so hat die Bezeichnung des Stoffwechsels zu der bestehenden Verwirrung das Meiste beigetragen; denn Stoffwechsel und Ernährung sind keineswegs sich deckende Begriffe. So giebt es zwei, für die Pathologie besonders wichtige Arten des nicht nutritiven Stoffwechsels: den Stoffwechsel in todten Theilen, welcher fortbesteht, wenn mitten im Körper ein Glied abstirbt, wie bei der Verkalkung oder bei der Pigmentirung todter Theile inmitten des lebenden Körpers, und zweitens den sog. Transitverkehr, in welchem lebende Theile Stoffe aufnehmen und Stoffe abgeben, ohne dieselben zu ihrer Ernährung zu verwenden. Das Wesen der Ernährung beruht vielmehr in der Assimilation des aus den Säften der Umgebung entnommenen, noch nicht fertigen Stoffes, in der Verarbeitung desselben zu dem adäquaten Gewebsstoff, so dass der Stoffwechsel nur eine Vorbedingung der assimilatorischen Thätigkeit ist.

Bei diesem Auseinanderhalten von Ernährung und Bildung, Nutrition und Formation nun bleibt ein gewisses, recht großes Gebiet übrig, bei welchem man zweifelhaft sein kann, wohin man dasselbe ziehen soll. Zunächst gehören hierher die Vorgänge des Wachsens; doch lässt sich diese Schwierigkeit leicht lösen, wenn man die beiden, ganz verschiedenen Reihen von Vorgängen, welche in dem einen Worte Wachsthum zusammengefasst werden, aus einander hält: die Hypertrophie, bei welcher Aufnahme neuer Stoffe in die Zelle und Assimilation derselben stattfindet, und die Hyperplasie, bei welcher es sich um wahre Neubildung von Zellen handelt — die eine gehört demnach den trophischen, die andere den plastischen Processen an.

Eine andere Gruppe von Vorgängen stehen in ihrem Wesen den

plastischen Processen näher, als den nutritiven; bei Erhaltung der Theile ist ihr Endergebnis die Erzeugung neuer Gewebsformen, die organische Veränderung der Theile. Andererseits können dabei auch neue Elemente erzeugt werden. Diesen Vorgang hat V. mit dem Namen Metaplasie (Umbildung) belegt und als das Merkmal desselben Persistenz der Zellen bei Veränderung des Gewebscharakters angegeben. Die Metaplasie ist die Grundlage wichtiger pathologischer Processe, doch ist sie nicht etwa wesentlich pathologisch. Sie hat vielmehr eine große Bedeutung für den vollen Aufbau des Individualkörpers, sie ist vor Allem eine der hauptsächlichsten Voraussetzungen aller der Lehrmeinungen, welche man gegenwärtig in dem Namen des Darwinismus zusammenfasst, denn was man zuerst in der Embryologie Differenzirung, und was in den Evolutionstheorien Transformismus heißt, das fällt in Hauptstücken, jedoch nicht vollständig, mit der Metaplasie zusammen. Ein vorzügliches Beispiel bietet die Ossifikation; niemals bildet sich der Knochen direkt aus den embryonalen Bildungszellen, sondern es entsteht stets ein sog. Vorgebilde und erst aus diesem durch Metaplasie der wirkliche Knochen. Ferner ist das Fettgewebe sehr zur Metaplasie geneigt; die häufigste Umwandlung ist die in Schleimgewebe. Das Fett wird aus den Zellen entfernt, die Zellen selbst aber persistiren und erzeugen Schleim, der jedoch nicht von ihnen getrennt wird, sondern als Gewebsbestandtheil liegen bleibt — ein Vorgang, der von der einfachen Atrophie des Fettgewebes, der gewöhnlichen Abmagerung, wohl zu unterscheiden ist. Lipome, Fettgeschwülste, haben zuweilen mehr oder weniger große gelatinöse Stellen oder sehen gar in ihrer Totalität gelatinös aus; diese Geschwülste resp. Geschwulsttheile bestehen aus Schleimgewebe und haben von V. den Namen Myxoma erhalten. Wenn nun aber auch das Schleimgewebe in seiner regelmäßigen Erscheinung ein Embryonalgewebe ist, und das Myxom der Chorionzotten z. B. ganz und gar embryonal ist, so geht doch das meiste embryonale Schleimgewebe metaplastisch in Fettgewebe über; und außer diesem primären Schleimgewebe giebt es auch ein durch acquirirte Metaplasie entstandenes sekundäres Schleimgewebe, welches erst im Erwachsenen sich bildet. Die Naevi, kongenitale Abweichungen der Haut, welche schon vor der Geburt bestehen, werden später Grundlage für Geschwulstbildung, die dann aus einem Stück embryonalen Gewebes entstanden ist; die Chondrome andererseits entstehen an den Knochen häufig durch abgesonderte Knorpelstücke, die liegen bleiben ohne zu ossificiren oder zu medullificiren, und da diese Knorpelinseln erst im ersten bis dritten Lebensjahre entstehen, so dürfen sie nicht als kongenitale oder embryonale Erzeugnisse gedeutet werden, sondern stellen vielmehr erworbene Störungen dar.

Cohnheim nimmt an, dass alle Geschwülste aus Resten von Embryonalgewebe hervorwachsen, welche von ihrer ersten Anlage im Fötus her in ihrer ursprünglichen Beschaffenheit liegen geblieben sind. Diese Lehre unterscheidet sich von V.'s Auffassung durch ihren

exclusiven Charakter; es giebt ohne Zweifel sehr zahlreiche Geschwülste, deren Ausgang in Störungen der extra-uterinen Entwicklung oder gar in nachträglichen Veränderungen zu suchen ist, welche erst im späteren Leben erworben werden. So haben die Myome des Uterus sicherlich nichts Embryonales an sich, sondern sind hyperplastische Vermehrungen des natürlichen Gewebes und andere finden ihren Grund in sekundären Metaplasien der Gewebe, wie die Myxome.

Eine bis jetzt nicht gelöste Schwierigkeit besteht darin, dass die bekannten Fälle der Metaplasie sich wesentlich auf solche Gewebe beziehen, welche verwandte sind. Vorzugsweise kommen hier die Gewebe der Bindesubstanz in Betracht, doch auch die epithelialen Formationen lassen manche Erscheinungen der Metaplasie erkennen, wie der Übergang von Cylinderepithel in Plattenepithel. Ob jedoch auch Gewebe einer anderen Kategorie oder eines differenten Typus metaplastisch entstehen können, ist noch streitig. Dass Bindegewebe aus epithelialen Elementen entstehe, hat V. nie gesehen, wohl aber das Umgekehrte bei Perlgeschwülsten, wo Elemente von epithelialem Charakter aus Elementen des Bindegewebes entstehen. Eine andere Frage von kardinalem Werthe ist die, ob ausgewanderte Zellen, insbesondere farblose Blutkörperchen den Ausgang solcher Inseln neuer Organisation bilden können. Hier wird die Meinung Einzelner, die Wanderzellen seien befähigt zur Hervorbringung jedes neuen Gewebes, einzuschränken sein und es wird nicht leicht einen wirklichen Untersucher geben, der alle Neubildungen auf diese Weise erklären will. Für V. besteht vielmehr noch jetzt die Überzeugung, dass auch Geschwülste von epithelialem Bau durch Metaplasie aus Gewebe der Bindesubstanz hervorgehen können. **Mendelsohn** (Berlin).

---

6. **P. Bricon.** Du gonococcus.

(Progr. méd. 1884. No. 32 u. 33.)

Ein kurzes, zum Theil kritisch gehaltenes, lesenswerthes Referat fast sämmtlicher einschlägiger Arbeiten, aus dem wir, um von der modernen (1879 beginnenden) Periode abzusehen, erfahren, dass die (doch wohl nur in Frankreich?) so allgemeine Angabe der Entdeckung des parasitären Ursprungs der Gonorrhöe durch Donné eine durchaus irrthümliche ist, in so fern dieser Autor in seinen Publikationen (1837 und 1840) eigens die Abwesenheit von Mikroben im Trippereiter hervorhebt. In dem von Jousseaume vor 2 Decennien beschriebenen Parasiten der Blennorrhagie ist der Gonococcus kaum wieder zu erkennen. Hingegen beschreibt Hallier im Jahre 1869 als Trippercoccus einen fast in allen Punkten mit dem Neisser'schen Gonococcus übereinstimmenden Pilz; B. drückt sein Befremden darüber aus, dass diese Entdeckung des »Vaters der Kokken« seitens der späteren Autoren kaum Erwähnung gefunden. (Ref. hat die betreffende Stelle im Original — Zeitschrift für Parasitenkunde Bd. I p. 179 und Taf. IV Fig. 156 — eingesehen, vermag aber aus Anlass

der ungleichen Größe der »Kokken« und der fehlenden charakteristischen Gruppirung eine Identität mit den wahren Tripperkokken bei aller sonstigen Übereinstimmung nicht anzuerkennen.)

Fürbringer (Jena).

---

7. M. K. Senetz. Ein Beitrag zur Lehre vom Vorausbestimmen der Anfälle bei Febris recurrens. (Aus dem Alexander-Stadt-Baracken-Hospital.)

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 24 u. 25.)

Aus der Beobachtung des Pulses, des Körpergewichtes und der festen Harnbestandtheile bei einer größeren Anzahl von Recurrenskranken (40), will Verf. im Stande sein, den Beginn der Anfälle, eben so wie den Temperaturabfall um einige Zeit vorausbestimmen zu können und erläutert er dies durch Anführen zweier genauer Krankengeschichten mit diesbezüglichen Tabellen. Nach dem Ende des Anfalls sinkt die Pulsfrequenz immer noch mehrere Tage lang und steigt dann 1—1½ Tage vor der neuen Fieberattacke allmählich wieder an. Ähnlich ist es mit dem Körpergewicht, welches in der fieberfreien Zeit stetig zunahm und plötzlich sich entweder gleich blieb oder um Weniges sank, woraus man mit Bestimmtheit den bevorstehenden Anfall vorauszusagen im Stande war. Auch eine schnelle Zunahme der festen Harnbestandtheile (im ersten Fall von 28,0 auf 43,0; im zweiten von 50,0 auf 77,0) ließ den Beginn des Anfalles erwarten, der nach den angeführten Krankengeschichten auch nach 1½ resp. nach 1 Tag eintrat. Wie der Beginn der Anfälle, so wurde auch die bevorstehende Krise markirt durch Beobachtung der drei angeführten Symptome. Schon einen Tag vor dem Temperaturabfall begann die Pulsfrequenz zu sinken; die Menge der festen Harnbestandtheile nahm ab; eine Beobachtung des Körpergewichtes wurde aber dadurch erschwert, dass sehr häufig vor der Krise intensivere Durchfälle auftraten. Namentlich durch die Bestimmung der Menge der festen Harnbestandtheile war Verf. häufig im Stande die Existenz von Fieberanfällen nachzuweisen, die nur 2—3 Stunden dauerten und die, wenn nicht vorher durch die Zunahme dieser Bestandtheile, die Aufmerksamkeit darauf gelenkt und eine häufigere Temperaturmessung vorgenommen worden wäre, sich der Beobachtung völlig entzogen hätten.

Leubuscher (Breslau).

---

8. Starr (New York). Cortical lesions of the brain.

(Amer. journ. of med. sciences 1884. Juli. p. 114 ff.)

Im Verfolg einer früheren Arbeit (cf. dieses Centralblatt No. 26) berichtet Verf. über die Erscheinungen, welche Läsionen der Rindenpartien der Centralwindungen hervorbringen. Gestützt auf 49 eigene und fremde Beobachtungen (sämmtlich mit Autopsie), unter denen sich außer 24 Hemiplegien, 3 Fälle von Monoplegia facialis, 3 Fälle von M. brachialis, 3 Fälle von M. cruralis, ein Fall von associirter Mono-

plegie des Armes und Gesichtes und 13 Fälle von associirter Monoplegie des Armes und Beines befinden, zieht Verf. folgende Schlüsse.

Corticale Läsionen des oberen (Paracentralläppchen), mittleren und unteren Drittels der beiden Centralwindungen (resp. der angrenzenden Rindenpartien der Lobuli parietales und frontales) bedingen motorische (Spasmen, Paresen, Paralysen) und zuweilen sensible Störungen resp. des Beines, Armes und Gesichtes der gegenüber liegenden Seite. Eine associirte Monoplegie des Beines und Gesichtes ohne Mitbetheiligung des Armes kommt thatsächlich (bedingt durch die eben erwähnte Lage der motorischen Centren zu einander) nicht vor, und wird bei allmählicher Ausdehnung des Processes von oben nach unten das Gesicht niemals vor dem Arm ergriffen. Ist das betreffende Rindencentrum intakt, blieben auch die Funktionen des Gliedes normal. Aus der Thatsache der gemeinsamen Ernährung der drei motorischen Regionen durch dasselbe Gefäß erklärt sich die häufige (indirekte) Mitbetheiligung z. B. des höher gelegenen Centrums bei direkter (embolischer) Zerstörung des unteren.

Dass ein kleiner Tumor ausgedehnte Lähmungen bewirken kann, beruht nach Ansicht des Verf.s auf einer gleichzeitigen Kompression der Kapselbahnen. In etwa der Hälfte aller Fälle fand Verf. Störungen der Sensibilität und hält dieselben für ein direktes ebenfalls auf die motorischen Regionen zu beziehendes Symptom. Auch für die Sensibilität gilt das Gesetz, dass sensible associirte Monoplegie des Beines und Gesichtes ohne Betheiligung des Armes nicht vorkommt. Verf. glaubt, dass die »sensory areas« hinterwärts von den motorischen liegen und ausgedehnter als diese sind. Da aber jede Hemisphäre mit beiden Körperhälften in Verbindung steht, so kann bei einseitiger Läsion ein vollständiger Sensibilitätsverlust überhaupt nicht stattfinden, wohl aber eine mäßige Herabsetzung, die in Folge der Dekussation auf der kontralateralen Seite stärker ist, leicht übersehen werden.

Das amerikanische Material begünstigt daher die Lokalisation der sensiblen Funktionen zusammen mit den motorischen, auch schon desshalb, weil eine Läsion der übrigen Rindenpartien mit einer Störung der Sensibilität nicht einhergeht.

Eine Betheiligung der Sinnesorgane fehlte bei ausschließlichen Läsionen der motorischen Regionen stets. **Thomsen** (Berlin).

---

9. **J. Trautwein** (Kreuznach). Einiges über die elektrische Dusche und im Anschluss daran über einen Fall von multipler Neuritis.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VIII. Hft. 3. p. 279.)

T. berichtet über seine an Kranken angestellten Versuche mit elektrischen, namentlich faradischen Duschen, welche letzteren nach ihm dem hydroelektrischen Bade gleichgestellt werden

können und sogar Vortheile vor diesem darbieten. Benutzt wurden warme Soolwasserduschen in Form des Strahls; der eine Pol mit dem Metallansatz des Schlauches verbunden, während der andere in das Badewasser eintauchte. Die $2^1/_2$%ige Kochsalzlösung setzt dem Strome einen 10—11mal, Soole (1%) einen 8mal geringeren Widerstand entgegen, als einfaches Wasser. Behufs Ausübung der allgemeinen Elektrisation wurden 5—10 Minuten lang sämmtliche Körpertheile unter den Einfluss der Dusche gebracht. Es zeigte sich hierbei, eben so wie Ref. es bei dem hydroelektrischen Bade nachwies, eine Herabsetzung der Pulsfrequenz um 8—12, der Respirationsfrequenz um 2 bis 4; Prickeln auf der Haut bei der faradischen, Brennen wie von Nadeln bei der galvanischen (namentlich Kathoden-) Dusche. Bei Verkürzung des Strahls und geeigneter Stromstärke erhält man Muskelzuckungen, denen T. einen tonisirenden Einfluss, besonders bei Individuen mit Neigung zu Lungenerkrankungen, zuschreibt. Nutzen zeigte die allgemeine Faradisation mit der Dusche bei Neurasthenie — die lokale mit starken, kontraktionserregenden Strömen bei schmerzhaften Muskelrheumatismen. Einen sehr günstigen Erfolg hatte auch die Behandlung eines Falles von multipler Neuritis, welchen T. ausführlicher mittheilt; derselbe, eine 25jährige Pat. betreffend, war u. A. durch das Vorhandensein ähnlicher Erscheinungen wie bei der bekannten Dujardin-Beaumetz'schen »femme autographique«, d. h. das Auftreten von Quaddeln beim Streichen oder Reiben an den anästhetischen Hautstellen, namentlich am Rücken, ausgezeichnet.

A. Eulenburg (Berlin).

---

10. **John N. Mackenzie.** Some observations on the toxic effects of chrome on the nose, throat and ear.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1884. No. 4. p. 237 ff.)

Die bei der Fabrikation von Chromsalzen beschäftigten Arbeiter zeigen häufig Affektionen der Luftwege, speciell der Nase, deren Septum am öftesten erkrankt. Eine theilweise, gewöhnlich den vorderen unteren Abschnitt desselben betreffende Zerstörung kann in Bezug auf ihre Häufigkeit als charakteristisches Symptom für diese Art von Vergiftung durch Chrom angesehen werden. Diese sich durch eine äußere Difformität gewöhnlich nicht verrathende, theilweise Destruktion kann unter Umständen sehr rapide, schon nach 24 bis 48stündiger Beschäftigung in der Fabrik, auftreten. Bisweilen können sich die Ulcerationen auch auf die Schleimhaut der Muscheln, des Nasenrachenraums, des unteren Theils des Rachens, ja sogar des Kehlkopfs und der Luftröhre, so wie deren Verzweigungen fortsetzen. Auf den genannten Theilen kommt es zur Bildung kapillärer Hämorrhagien oder kleinerer Extravasate; die Sekretion wird schleimig, die Pat. klagen über allerhand unangenehme Sensationen im Halse. Das Allgemeinbefinden ist, abgesehen von Kopfschmerzen, nicht gestört. Die Sekretion der Nase ist meist nicht fötid, weil das zur Ulceration

führende Agens, die Chromsäure, die als Ursache der Sekretzersetzung und des Fötors anzusehenden niederen Organismen tödtet. Bisweilen setzt sich der entzündliche Process von der Nase aus aufs Mittelohr fort und kann zur Mittelohreiterung mit Trommelfellperforation führen. Das Geruchsvermögen bleibt intakt; Schnupfer erkranken gewöhnlich nicht in Chromfabriken, weil sie ihre Nasenhöhle häufiger reinigen. Von Lues unterscheiden sich die durch Chrom verursachten Ulcerationen der Nasenscheidewand durch die Abwesenheit der Ozaena (soll wohl heißen des Fötors; Ref.) und durch das Fehlen einer äußerlich sichtbaren Difformität der Nase, welche für Syphilis charakteristisch ist. (Letzteres muss entschieden in Abrede gestellt werden: es kommen sehr große Defekte speciell im knorpligen Septum auch bei Lues vor, ohne dass äußerlich eine Spur von Difformität der Nase zu sehen ist. Ref.) **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

11. **Weiss.** Die Hysterie des Kindesalters und ihre Behandlung.

(Nach einem Referat der Pester med. chir. Presse aus Orvosi hetilap 1884. No. 24.

Verf. theilt 4 interessante Fälle von Hysterie bei Kindern mit, von denen die beiden ersten sich nur im Gebiet der motorischen Sphäre abspielten, indem einmal das Bild einer Coxitis, das andere Mal eine Lähmung der rechtsseitigen Peronealmuskeln auftrat. Der dritte Fall betrifft einen 13jährigen Knaben, der im Zimmer fiel, ohne sich zu verletzen. Eine Stunde später begann er zu perorireh, und setzte dieses an den folgenden Tagen ununterbrochen fort; Nachts schläft er gut. Außer allgemeiner Hyperästhesie und etwas dilatirten Pupillen ist keine Abnormität nachzuweisen. Im vierten Falle entwickelten sich nach einem heftigen psychischen Eindruck leichte Konvulsionen in den Extremitäten und Gesichtsmuskeln, ohne Bewusstlosigkeit. Diese Anfälle dauerten eine Stunde und traten täglich zu derselben Zeit auf. Später gesellten sich dazu abwechselnd Hallucinationen, Erstickungsanfälle, Anästhesien und Kontrakturen.

Meist wichen die Erscheinungen mit der Zeit, im letzten Falle der Drohung mit Überführung in das Krankenhaus.

W. schließt Simulation absolut aus und erklärt die Hysterie für eine typische Psychose. Interessant ist, dass Verf. die Krankheit stets bei solchen Kindern sah, die geistig ihre Altersgenossen überragten und sog. »Wunderkinder« darstellten. **M. Cohn** (Hamburg).

---

12. **W. E. Tschernoff** (St. Petersburg). Über sog. Fettdiarrhöe der Kinder nach Prof. Demme und Dr. Biedert.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. beschreibt zunächst ausführlich (p. 425, im Original nachzusehen) seine Methode, den Fettgehalt der Fäces im kindlichen Alter zu bestimmen. Er referirt sodann über sieben Beobachtungen an

gesunden Kindern verschiedenen Alters, angefangen vom Neugeborenen bis zum 6 Monate alten Kinde, und stellt nach den vorgenommenen Fettanalysen, als Mittelzahl für den Fettgehalt der Dejektionen dieser Kinder, 25—30% fest. Die folgenden Untersuchungen beziehen sich auf die Ausleerungen solcher Kinder, welche an Krankheitsformen des Darmkanals leiden (Dyspepsie 3), so wie von Pat., welche an verschiedenen Krankheiten litten, die mit erhöhter Temperatur verliefen, und bei denen mehr oder weniger klar ausgeprägte Erkrankungen des Darmkanals vorhanden waren (17 Fälle). Das Resultat dieser Arbeit ist, dass der Verf. eine Fettdiarrhöe im Sinne von Demme und Biedert nicht annimmt. Der große Fettgehalt in den Ausleerungen kranker Kinder, namentlich solcher, die fiebern, ist ein allgemeines Merkmal aller Erkrankungen, und nicht irgend einer speciellen Krankheit. Für die Behandlung dieses Merkmals oder dieses Symptoms ist daher keine besondere Methode erforderlich. Außerdem hängt die sog. Fettdiarrhöe nicht vom Fette der Speise ab, wobei das letztere sie auch nicht hervorrufen kann, besonders in der Quantität, in welcher es in der Kuhmilch oder Frauenmilch vorkommt.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

13. H. Lippert. Quelques considérations sur la pathologie et la thérapie du choléra.

(Conseiller médical 1884. Sept. 15. p. 345.)

Der Aufsatz enthält in übersichtlicher Anordnung den Gang der Cholera, ihre Symptome, die pathologische Anatomie und besonders ausführlich das Wissenswertheste über den Kommabacillus. Den Beschluss macht die Therapie, aus welcher Folgendes hervorgehoben sein mag.

Gegen das Erbrechen und die Wadenkrämpfe sind von Zeit zu Zeit kleine Dosen von Morphium subkutan anzuwenden, die bei der herabgesetzten Resorptionsfähigkeit der Gewebe auf verschiedene Körperstellen zu vertheilen sind. Wenn der Magen es verträgt, empfiehlt sich auch Pulv. Doweri in Dosen von 0,30. Außerdem lasse man Eislimonade mit einigen Tropfen Salpeter- oder Salzsäure trinken, von der sich L. eine doppelte Wirkung verspricht: einmal gegen den Bacillus, der in saurer Reaktion nicht gedeihen kann und dann eine prophylaktische gegen die Entwicklung der Nephritis, welche die Cholera so häufig komplicirt. Im Allgemeinen wird man sich so viel wie möglich jeder inneren Medikation zu enthalten haben.

Um den Sitz der Krankheit selbst zu erreichen, will L. mehrmals täglich mit Hilfe eines sehr langen und äußerst elastischen Schlauches Eingießungen gemacht wissen, welche so weit als möglich die Flexura sigmoïdea überschreiten; diese Eingießungen von lauwarmem Wasser enthalten 1,0 Chinin, 10—20 Tropfen Tinct. Opii und 5—10 Tropfen Karbolsäure, welch letztere man auch durch 0,01 Sublimat ersetzen kann.

Die Haut ist ununterbrochen durch trocknen Flanell abzureiben und alle 2 Stunden der ganze Körper mit einer Mischung von Alkohol und Essig zu gleichen Theilen zu waschen. Gegen die Wadenkrämpfe empfiehlt sich außer Morphiuminjektionen in die Waden Einreibungen von Opodeldok und Aether sulfuricus āā.

Die durch Sinken des arteriellen Drucks hervorgerufene Anurie, welche häufig Urämie veranlasst, wird oft beseitigt durch Champagner, Kognak, warme Bäder mit kalten Übergießungen. Wird der Pat. asphyktisch und hört der diastolische Herzton auf vernehmbar zu sein, so sind Ätherinjektionen und intravenöse Injektionen von 6 Kochsalz und 1 Potasche zu 1000 Wasser das letzte Mittel.

Schließlich wird empfohlen, das Krankenzimmer möglichst zu lüften, dabei jedoch den Pat. völlig in Flanelltücher einzuhüllen.

Mendelsohn (Berlin).

---

14. **J. Murray.** Remarks on the treatment of cholera epidemics in India.

(Med. times 1884. Aug. 23.)

Verf. hat als Generalarzt in Indien reiche Erfahrungen über Cholera gesammelt, von denen hier nur die auf die Therapie bezüglichen klar und kurz mitgetheilt werden. Besonders bemerkenswerth erscheint Ref. die zwar viel gehörte, oft aber gewiss bloß nachgesprochene und überhaupt schwer zu beweisende Behauptung, dass frühzeitig in Behandlung kommende Fälle von Cholera wirklich erfolgreich behandelt werden können; und Ref. muss bekennen, dass er dieser Behauptung allerdings sehr skeptisch gegenübersteht, dass indessen des Verf.s Erfahrungen wie wenige geeignet wären mehr Hoffnung zu erwecken.

Am meisten gebräuchlich, auch in Laienkreisen bekannt und zur Zeit von Epidemien durch die Behörden empfohlen sind »Karminativpillen«, die bei den ersten Krankheitszeichen sofort gegeben werden; die einzelne Pille ist zusammengesetzt aus Op. pur. 0,05, Asa foetid. 0,1; Piper nigr. 0,15. Man darf aber nicht einen Augenblick zögern — sind bereits Zeichen von Asphyxie da, so sind die Pillen eben so nutzlos wie jede andere Medikation. Verf. erklärt sich die günstige Wirkung so: die Pillen sind nicht etwa ein »Gegengift« für die Cholera, sondern ein kräftiger Reiz für den Magen, dessen Funktion durch das Choleragift lahmgelegt wird; gelingt es, frühzeitig die Sekretion von Magensaft anzuregen, so werden dadurch die »Mikroben« getödtet. Nach Verf. hat diese einfache Behandlungsmethode bereits »Zehntausende« unter den Erkrankten gerettet!

Prophylaktisch empfiehlt Verf. ferner dringend die Isolirung bereits erkrankter Individuen, da er an Übertragung von Person zu Person glaubt, Verhütung von Massenanhäufungen, Sorge für frische Luft, reines Wasser etc.

Küssner (Halle a/S.).

---

15. T. T. Reynolds. On the nature and treatment of sea-sickness.

(Lancet 1884. I. p. 1196.)

Die Seekrankheit ist ein centrales Leiden, bedingt durch die fortwährenden Irreführungen des Gleichgewichtsgefühls. Bei Menschen, die durch Eiterung Erkrankungen des inneren Ohres erlitten haben, scheint Seekrankheit nicht vorzukommen. (In 12 Fällen beobachtete Taubheit aus anderen Ursachen schützt nicht vor Seekrankheit.)

Eines der ersten Symptome ist die vermehrte Absonderung von Speichel. In diesem Stadium erweist sich die Darreichung kleiner Atropingaben manchmal sehr nützlich. Auch Glykosurie (centrale) wird zuweilen beobachtet. In späteren Stadien wird empfohlen: Eislimonade, Atropin, Klysmen. Verf. warnt dringend vor dem sehr verbreiteten Missbrauch großer Mengen von Bromkali. Wiederholt hat er Psychosen danach eintreten gesehen, auch Impotenz.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

16. V. P. Gibney (New York). The treatement of sciatica by the strong galvanic current.

(Med. record 1884. Vol. 25. No. 23.)

Verf. empfiehlt warm den galvanischen Strom zur Behandlung der »idiopathischen« Form der Ischias. Er betont die Wichtigkeit einer minutiös durchgeführten Methode und den Werth einer hohen Stromstärke. Den Inhalt seiner Mittheilung fasst er selbst in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1) Es ist nothwendig, eine Differentialdiagnose zu stellen zwischen Ischias, die auf rheumatischer Grundlage entstanden ist und derjenigen »idiopathischen« Ursprungs. Erstere wird dem faradischen Strom oder der statischen Elektricität weichen, durch den galvanischen Strom verschlimmert werden (? Ref.). Die letztere wird gebessert durch den galvanischen Strom, verschlimmert durch den faradischen. 2) Tägliche Sitzungen von 10—15 Minuten, sorgfältiges Einschließen der Nerven in den Stromkreis. 3) Die Leclauché-Elemente geben die besten Resultate. (Verf. behauptet, dass bei gleicher Stromstärke die Leclauché-Elemente weniger schmerzhaft seien, als die gebräuchlichen Chromsäure-Elemente.) 4) Wenn nach 1/2 Dutzend Sitzungen keine ausgesprochene Besserung sich zeigt, ist die Diagnose zu revidiren.

Eisenlohr (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

17. Durand Fardel. Couche de phosphate ammoniaco-magnésien touchant toute la muqueuse urinaire.

(Progr. méd. 1884. No. 31.)

Eine dem Brodeur'schen Fall (der offenbar Verf. entgangen — cf. dieses Centralblatt 1883 No. 41) sehr ähnliche Beobachtung. Ein 48jähriger Mann leidet

seit 10 Tagen an Harnverhaltung. Der Katheter stößt im Bereich der Pars membranacea auf eine rauhe unüberwindliche Stelle, wesshalb die Blase punktirt wird. Entleerung reichlichen, stark bluthaltigen, ammoniakalischen Harns. Tod nach drei Tagen durch Harninfiltration. Die Autopsie ergiebt eine Narbenstriktur der Urethra an der genannten Stelle neben Griesinkrustation; die hochgradig cystische Blasenschleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung mit einem kontinuirlichen fest haftenden Tripelphosphatüberzuge bedeckt, Muskulatur hypertrophirt. Becken und Kelche erweitert. **Fürbringer** (Jena).

18. **Seifert.** Ein Fall von Arsenikvergiftung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 38.)

Ein 22jähriges Mädchen erkrankte unter den Symptomen einer Gastroenteritis leichteren Grades, an die sich eine Nephritis acuta (Hämaturie und Blutkörperchencylinder) anschloss. Als Ursache dieser Erkrankung wurde eine Arsenikintoxikation angenommen, die durch das Tragen von Strümpfen entstanden war, welche eine arsenhaltige Farbe enthielten. **Seifert** (Würzburg).

19. **Maurice de Fleury** (Bordeaux). Note sur les rapports de la trépidation épileptoide du pied avec l'exagération des reflexes rotuliens.

(Revue de méd. 1884. No. 8.)

Verf. theilt einige Beobachtungen mit, aus denen hervorgeht, dass die sog. trépidation épileptoide des Fußes (Westphal's Fußphänomen) nicht immer von einer Steigerung des Patellarreflexes begleitet ist. Es handelt sich in den angeführten Fällen meist um chronische Gelenkaffektionen oder um Rekonvalescenten, das Fußphänomen war meist transitorisch.

In einer weiteren Zahl von Fällen, — Hemiplegien mit sekundärer Kontraktur und multiple Sklerose betreffend, — fand Verf., dass durch Anlegung der Esmarchschen Binde und Anämisirung der Extremität der Fußklonus in kurzer, zwischen 6 und 14 Minuten betragender Zeit zum Verschwinden gebracht wurde, während die Patellarreflexe unverändert blieben.

Verf. schließt daraus, dass die beiden Phänomene von verschiedener Natur und Bedeutung seien. **Eisenlohr** (Hamburg).

20. **Mears.** Study of the pathological changes occurring in trifacial neuralgie.

(Med. news 1884. Juli.)

Bei einer 50jährigen Frau, die seit 8 Jahren an einer Neuralgie des dritten Trigeminusastes litt, wurde die Neurektomie des N. dental. inf. ausgeführt und ein drei Zoll langes Stück des Nerven entfernt.

Der Erfolg war ein guter, Pat. blieb fortan von Schmerzen frei.

Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Nerven ergab eine Verdickung des Perineuriums, eine Kernvermehrung in der Umgebung der Gefäße und eine hochgradige Veränderung der Nervenröhren: die Achsencylinder waren mehr oder weniger geschwunden, die Markscheide zeigte auf dem Querschnitt eine koncentrische Schichtung, die Schwann'sche Scheide war geschrumpft. Es handelte sich also um eine parenchymatöse, aufsteigende — die Veränderungen waren am peripheren Ende am ausgesprochensten — Neuritis, als deren Entstehungsursache Verf. pathologische Processe in den Alveolarräumen annimmt. **Thomsen** (Berlin).

21. **Schultze.** Über eine eigenthümliche progressive atrophische Paralyse bei mehreren Kindern derselben Familie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 41.)

Es handelt sich um 3 Geschwister von 3, 5 und 8 Jahren, welche, frei von jeder hereditären Belastung, sämmtlich nach dem zweiten Lebensjahre in gleicher Weise erkrankten, und zwar mit einer progressiven atrophischen Lähmung, welche zuerst das Peroneusgebiet betrifft, dann auf die Tibiales und Crurales übergreift und schließlich auch auf die Muskulatur der Hände und der Vorderarme fortschreitet.

Bei dem jüngsten Mädchen betrifft die Lähmung und Atrophie nur beide Peroneusgebiete; zugleich besteht in diesen Muskeln und den dazu gehörigen Nerven komplete Entartungsreaktion; die Patellarreflexe sind hier deutlich und normal.

Bei dem zweiten Kinde besteht außer der Peroneuslähmung auch Lähmung, Atrophie und Entartungsreaktion in den N. tibiales und ihren zugehörigen Muskeln. Reflexe auch hier erhalten. Muskulatur der Daumenballen vielleicht etwas dünner, aber innervationsfähig und ohne deutliche Anomalie der elektrischen Erregbarkeit.

Bei dem ältesten Mädchen sind die N. tibiales und die zugehörigen Muskeln völlig gelähmt und atrophisch; auch die Peroneusgebiete fast völlig gelähmt. Patellarreflexe völlig erloschen. An den Händen hochgradige Atrophie der Muskulatur beider Daumenballen, der Interossei und des Hypothenar; auch das Radialisgebiet ist mitbetroffen. Die Ulnarbeugung beider Hände fehlt. Oberarmmuskulatur dünn. Sensibilität merklich herabgesetzt an den Händen.

Nach Verf.s Ansicht handelt es sich im vorliegenden Falle um multiple periphere Läsionen, wofür das völlige Fehlen fibrillärer Zuckungen, die Sensibilitätsstörungen an den Händen, die komplete Entartungsreaktion sprechen; dabei bleibt allerdings der weitere Verlauf der Krankheit, besonders, ob schließlich auch bulbäre Nerven oder der Phrenicus sich betheiligen werden, oder nicht, abzuwarten.

Betreffs der Ätiologie könnte es sich um eine vererbte Disposition oder eine im späteren Leben von allen drei Kindern gemeinsam erworbene Ursache handeln; Verf. hält an letzterer fest und erklärt es für auffallend, dass »falls, wie es sehr wahrscheinlich ist, ein organischer Infektionsstoff auch hier eine Rolle spielt, diese Fälle nicht häufiger vorkommen«. **M. Cohn** (Hamburg).

22. **J. Besnier.** Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques.

(Union méd. 1884. No. 123, 124, 125.)

Als Fälle »larvirter perniciöser Intermittens« beschreibt Verf. die folgenden drei Beobachtungen.

Der erste Pat. war ein 53jähriger Mann mit starker Arteriosklerose aus psychisch belasteter Familie, der schon einmal einen apoplektischen Anfall durchgemacht hatte. Derselbe erkrankte am Abend unter Frost und folgendem Fieber, zugleich traten lebhafte Delirien und heftige Aufregung ein, am Morgen verschwanden dieselben unter starkem Schweiß. Diese Anfälle wiederholten sich abendlich mit Überschlagen des dritten Tages, eine Chininmedikation brachte sie zum Verschwinden. Die Milz war während der Anfälle vergrößert und empfindlich, augenscheinlich unabhängig von denselben bestand eine heftige Bronchitis. Pat. wollte zuerst nichts von vorausgegangenen Anfällen wissen; endlich gab er an, seit einem Aufenthalt in Italien vor ein paar Monaten allabendlich ein leichtes Frösteln gespürt zu haben, das er weiter nicht beachtet habe.

Der zweite, ein 73jähriger an Diabetes und Albuminurie leidender Mann, hatte zweimal des Tages Anfälle, die mit Frost begannen; während des Fiebers bestand vollständiges Koma mit Sedes insciae; dasselbe verschwand unter starkem Schweiß. Die Urinausscheidung während der Anfälle war bedeutend vermindert, der Urin zucker- und eiweißhaltig; Milz nicht nachweisbar vergrößert. Unter Chininbehandlung schwanden auch hier die Erscheinungen. Pat. kam aus einer Malariagegend, hatte aber bisher noch keine Anfälle gehabt.

Der dritte Pat., an Angina pectoris schon längere Zeit leidend, hatte nach zwei vorausgegangenen, gewöhnlichen Intermittensanfällen einige Tage später einen heftigen Anfall von Angina pectoris, ohne Frost und Fieber, und am nächsten Tage einen eben solchen, der nach 48 Stunden ununterbrochenen Leidens zum Tode führte. Die Berechtigung des Verf., auch diesen Fall als larvirte, perniciöse Intermittens zu deuten, scheint Ref. aus der Darstellung nicht mit Sicherheit hervorzugehen.

Verf. schließt aus seinen Beobachtungen, dass vorher bestehende organische Krankheiten beim Eintreten einer Malariainfektion die Erscheinungen der letzteren in der Weise zu beeinflussen vermögen, dass es alsbald zu schweren, perniciösen

Anfällen kommt, die sich in den vorher erkrankten Organen lokalisiren. Auf diese Weise bewirkte die Sklerose der Hirnarterien im ersten Falle das Auftreten psychischer Störungen, die chronische Nephritis im zweiten das Auftreten urämischen Komas während der Intermittensanfälle. **Strassmann** (Berlin).

23. **F. Simon y Nieto** (Villamuriel de Cerrato, Palencia). Breves consideraciones acerca de la epilepsia con motivo de un caso con autopsia.

(El Genio-Medico-Quirurgico 1882. No. 1355.)

Die Einleitung bespricht Bekanntes, jedoch Modernes über das Wesen der Epilepsie.

Maria C., Wäscherin, 28 Jahre, verheirathet, von guter Konstitution, hereditär nichts nachweisbar, leidet seit 11 Jahren häufig an epileptischen Anfällen, in letzter Zeit sollen öfters 18 Anfälle in einem Tage aufgetreten sein. Mai 1882 fiel sie in einem Anfalle ins Wasser und wurde nach 10 Minuten todt herausgezogen.

Obduktion. Pupille zum äußersten erweitert, der Kadaver zeigte die pathognomonische Stellung eines Anfalles.

Hirnbefund: Meningen äußerst blutreich. In der Gegend der Sagittalnaht reichliche Pacchioni'sche Granulationen im Durchmesser von 6 cm. Hirnmasse von kleinem Volumen, geringer Konsistenz und äußerst blass. Die Gyri wenig tief. Der Hirnanhang von außergewöhnlicher Größe und Konsistenz, Länge 3 cm, Breite 1,5 cm, Dicke 1 cm, nahm den ganzen Türkensattel ein und war damit adhärent; N. bezeichnet diese Entartung der Hypophysis als Fibroneuroma. Nach links reichte diese Neubildung bis an den Canalis caroticus, überall adhärent. N. schließt Glyom aus.

Ein horizontaler Schnitt in die Hemisphären 1 cm oberhalb der Circumvolution des Seepferdefußes zeigte die Gehirnmasse blutleer und ohne die schwärzlichen Punkte die man bei asphyktisch Gestorbenen in Folge Ertrinkens findet. Eben so zeigte das übrige Gehirn eine totale Blutleere.

Rechts waren die Circumvolutionen des Gehirns normal, dagegen bestand links eine sehr tiefe. Das Gehirninnere zeigte nichts von Belang. Die Basilararterie sehr weit und blutleer.

Herz voll von flüssigem Blut in beiden Ventrikeln. Bronchien und Trachea mit weißem Schaum erfüllt. Ovarien groß.

N. meint, das Neoplasma der Hypophysis sei die Ursache der Epilepsie in diesem Falle und macht noch auf die allgemeine Hirnanämie neben der Hyperämie der Meningen aufmerksam. **G. Kispert** (Madrid).

24. **Dixon Mann.** Notes on a case of pure apoplectic bulbar paralysis.

(Brain 1884. Juli.)

Eine 42jährige, in Folge von Gelenkrheumatismus an Herzaffektion leidende Frau verliert auf der Straße ohne Bewusstseinstrübung oder sonstige motorische Erscheinungen plötzlich die Sprache.

Status nach 3 Tagen:

Völlige Unfähigkeit zu schlucken, zu kauen, den Kiefer seitlich zu bewegen, totale Lähmung der Zunge und aller Muskeln der Nase, des Mundes, des Gaumens und Rachens. Bewegungen der von den oberen Facialisästen versorgten Gesichtsmuskeln gut. Bewegungen der Augen, des Kehlkopfes frei, von Seiten der übrigen Hirnnerven und der Extremitäten keine Erscheinungen. Temperatur und Puls normal.

Nach 14 Tagen Besserung, Pat. kann Zunge, Gesicht und Kiefer etwas bewegen, versucht zu artikuliren. Sehschwäche, bedingt durch Papillitis. Verf. diagnosticirt eine akute embolische Bulbärparalyse, bedingt durch einen Herd im hinteren Theil des vierten Ventrikels, welcher die Kerne des Hypoglossus, des Facialis (unterer Kern) und den motorischen Trigeminuskern zerstört hatte.

Thomsen (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.
Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,
Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,
redigirt von
L. Brieger, **P. Ehrlich**, **D. Finkler**, **A. Fränkel**,
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 47. **Sonnabend, den 22. November.** **1884.**

1. **M. Filipow.** Zur therapeutischen Bedeutung von Sauerstoff und Ozon. (Aus dem Laboratorium von Prof. J. Dogiel zu Kasan.)

(Archiv f. d. ges. Physiol. 1884. Bd. XXXIV. p. 335.)

2. **C. Binz.** Die Wirkung ozonisirter Luft auf das Gehirn.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 40. p. 633.)

3. **Eyselein** (Blankenburg). Über den Einfluss der Witterungsverhältnisse, speciell des Ozons auf chronische Nervenkranke.

(Tageblatt der Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte, Magdeburg 1884. p. 360.)

Die russischen Autoren machten zuerst Versuche am gesunden Menschen und an Fröschen mit Sauerstoff und mit atmosphärischer Luft. Beim Menschen wurde die Körperwärme und der Puls untersucht. Beides zeigte sich durch Einathmen reinen Sauerstoffs in keiner außerhalb der gewöhnlichen Schwankungen liegenden Weise verändert. Das nämliche negative Ergebnis wurde erhalten betreffs der Cirku-

lation im Arm unter Anwendung des Plethismographen. Die graphisch dargestellte Kurve der Pulswelle wie der Zu- und Ablauf des Blutes des in dem Instrument eingeschlossenen Arms war bei der Einathmung von Luft und bei der von reinem Sauerstoff durchaus gleich. Eben so verhielt sich die Athemfrequenz der Frösche. Wurden Frösche mit den Dämpfen von Chloroform, Weingeist, Schwefelwasserstoff oder Kohlenoxyd betäubt, so ließ sich kein sicherer Unterschied in der Zeit der Erholung erkennen für den Fall, dass die Thiere statt in gewöhnliche Luft in reinen Sauerstoff eingesetzt worden waren.

Die Versuche mit Einathmenlassen von Ozon wurden an Hunden, an Katzen und an Menschen ausgeführt. Die Hunde waren aufgebunden und tracheotomirt. Das Ozon in größerer Menge machte starke Reizung der Speicheldrüsen und der Bronchialschleimhaut, wie letzteres seit 1840 unzählige Male an Thieren und Menschen beobachtet und beschrieben worden ist. Gleichzeitig verminderte sich die Zahl der Herzschläge, in Versuch 2 und 3 auf etwa die Hälfte. Die Verff. beziehen das auf eine durch die Reizung der Luftwege entstandene Reflexwirkung. Geringe Mengen von Ozon zeigten das bei den aufgebundenen Hunden nicht. Eine Katze, die unter einer Glasglocke saß, in welche ozonisirte Luft andauernd geleitet war, wurde nach anfänglicher Unruhe stiller und schien schläfrig zu sein. Auch bei ihr trat starke Speichelung ein.

Gesunde junge Männer athmeten sitzend das Ozon. In der Achselhöhle stak ein Thermometer, an der Radialis lag die Hand eines Beobachters für den Puls. Objektiv zeigte sich kein Erfolg an der Körperwärme und am Kreislauf. Subjektiv trat nach längerem Einathmen verdünnten Ozons ein Wärmegefühl in der Brust auf, unbedeutender Hustenreiz und eine geringe Abstumpfung und Schläfrigkeit.

Die Abhandlung des Ref. weist zunächst hin auf eine experimentelle Arbeit von J. Barlow in Glasgow, welche bisher in der referirenden Litteratur Deutschlands keine Beachtung gefunden hat (Journ. of Anat. and Physiol. Vol. XIV p. 107). Sie behandelt die Wirkung ozonisirter Luft auf Thiere und hat als Ergebnis, dass dieselbe bei Fröschen und Kaninchen in einer Depression des Gehirns, der Athmung und der Herzthätigkeit besteht. Barlow erklärt das durch Stauung von Kohlensäure im Blute in Folge der behinderten Athmung, welche durch die Reizung der Luftwege veranlasst werde. Der Ref. weist die Unmöglichkeit dieser Deutung nach, insbesondere für seine eigenen Versuche am Menschen, in denen die hauptsächlichsten Symptome der centralen Nervendepression erlangt wurden, ohne dass eine Spur von Reizung der Luftwege aufzutreten brauchte.

Ref. wendet sich sodann gegen die Darstellung Dogiel's, der zusammen mit seinem Schüler »Abstumpfung und Schläfrigkeit« nach Einathmen von ozonisirter Luft gefunden hat, diesen einzig positiven Erfolg seiner Experimente jedoch beim Zusammenstellen der Resultate verschweigt. Hätte ferner Dogiel die nämliche Versuchsanordnung

getroffen, wie Ref. sie in seinen Abhandlungen (Berliner klin. Wochenschrift 1882 p. 6, 17 und 645) eingehend beschrieben und bei der Wiederholung als nothwendig empfohlen hat, so würde er auch das volle Resultat erhalten haben. Das halbe schon bestätigt aber die von dem Ref. entdeckte Thatsache der Beeinflussung des Gehirns durch ozonisirte Luft in so fern, als »Abstumpfung und Schläfrigkeit« vom Schlafe sich nur graduell unterscheiden. Auch in der großen Mehrzahl der Versuche des Ref. blieb es bei jenem von Filipow und Dogiel konstatirten Zustande, wie das in den betreffenden Publikationen scharf hervorgehoben ist. Die anscheinende Differenz beruht nur auf ungenauem Lesen und unzweckmäßigem Experimentiren seitens dieser beiden Autoren.

Eyselein hat in seinem Wohnorte Blankenburg im Harz mit allen durch die Forschung und Kritik gebotenen Methoden zahlreiche vergleichende Bestimmungen der relativen Ozonmengen angestellt. Er fand sodann an den Pat. seiner Heilanstalt: Ein hoher und andauernder Gehalt der Luft an Ozon wirkt an sich durchaus nicht günstig bei Reizzuständen des Nervensystems und auch nicht bei Phthisikern und Herzkranken. Die vorhandenen Zustände werden verstärkt, neue hervorgerufen. Dagegen befinden sich wirkliche, rein körperliche Schwächezustände, Rekonvalescenten von schweren Krankheiten und körperlich heruntergekommene Nervenkranke ohne psychische Reizzustände bei solch' hohem Ozongehalt der Luft in der Regel sehr wohl. Nach der Meinung von E. dürfte hieran die Erklärung zu suchen sein, dass oftmals so auffallend rasche Heilresultate in Wald-, Gebirgs- und Seeluft erzielt werden.

Sehr niedriger Gehalt von Ozon in der Luft, der plötzlich eintritt, bewirkt bei vorhandener geistiger Depression einen tieferen Grad von Bedrücktheit, Verstimmung, Unlust und körperlicher Schlaffheit; passive Kongestionszustände bieten das Bild vermehrter geistiger Reizung und vermehrter Ängstlichkeit und Unsicherheit.

Geringe, rasch vorübergehende Abweichungen nach oben oder unten vom günstigen Mittelpunkt des Ozongehalts der Luft sind meist von keinem wesentlichen Einfluss auf das Allgemeinbefinden.

»Was den Schlaf selbst anbelangt, so hängt derselbe, wenn äußere, oder aus dem Krankheitszustande selbst hervorgehende Momente anregender Art ihn nicht stören, sehr wesentlich davon ab, in welcher Luft, wie lange Zeit und in welcher Form (sitzend, gehend oder fahrend) der Kranke den Tag zugebracht hat und welcher Ozongehalt während der Nacht vorherrschend war. Es scheint durchaus von Einfluss zu sein, ob Tags über ein hoher Ozongehalt bestand, ob der betr. Kranke sich viel oder wenig in solcher Luft bewegt hat oder ob er bei niedrigem Ozonstand durch einen verlängerten Aufenthalt oder durch eine Fahrt ein größeres Quantum ozonisirter Luft in sich aufgenommen hat. Eben so scheint es von Einfluss zu sein, ob während der Nacht selbst ein hoher Ozongehalt war, ja sogar welchen Schlafraum der Kranke bei specifisch vorherrschenden Wind-

lation im Arm unter Anwendung des Plethismographen
dargestellte Kurve der Pulswelle wie der Zu- und
des in dem Instrument eingeschlossenen Arms wa
von Luft und bei der von reinem Sauerstoff
so verhielt sich die Athemfrequenz der
mit den Dämpfen von Chloroform, Wei
oder Kohlenoxyd betäubt, so ließ sich
der Zeit der Erholung erkennen für
in gewöhnliche Luft in reinen Sauer

Die Versuche mit Einathmenla
an Katzen und an Menschen au
bunden und tracheotomirt. D
starke Reizung der Speichel
wie letzteres seit 1840 unzähl
obachtet und beschrieben v
die Zahl der Herzschläge
Die Verff. beziehen das
entstandene Reflexwirk
bei den aufgebunden
Glasglocke saß, in
wurde nach anfän
Auch bei ihr tr

Gesunde
Achselhöhle
eines Beoba
der Körpe
Einathm
unbede
Schl

... en Theilen), ... usser (! Ref.) zerstört ... ogische Untersuchung über- ... Weise ausschließlich das Endothel ... en kann (? Ref.). Aus einer zweiten Reihe ... welchen das Gefäß aus der Gefäßscheide heraus- ... weder mit Kollodium oder mit undurchdringlicher ... Länge von 5—7 cm umgeben wurde, ergiebt sich, dass ... 3 Tagen in sehr vielen Fällen Thrombose an der betreffenden ... eintritt, wenn die Isolirung der Arterien aus der Gefäßscheide ... erfolgt, oder mit einem der früher erwähnten Versuche kom- ... wird. Verf. glaubt, dass auf diese Weise eine Nekrotisirung ... der Gefäßwand durch Unterbrechung der Blutzufuhr von den Vasa vasorum bewirkt wird. Da hierbei in der Regel Gerinnung des Blutes eintritt, so scheint dem Verf. der Einfluss der lebenden Gefäßwand nicht von der Intima, sondern von den anderen Schichten der Gefäßwand, abhängig zu sein. So lange diese intakt sind, bleibt das Blut flüssig, selbst wenn die Endothelschicht der Intima oder selbst die ganze innere Schicht zerstört ist. Die Ernährung der Gefäßwand erfolgt nach der Anschauung des Verf. nicht ausschließlich von der inneren Schicht her, sondern durch die Vasa vasorum von außen her; hierbei setzt aber Verf. vielfach eine Nekrose der Gefäßwand voraus, ohne sie auch anatomisch nachgewiesen zu haben. Das Eintreten der Gerinnung ist ihm schon Beweis für die funktionelle Nekrose der genannten Schichten der Gefäßwand. (Die einschlägigen Arbeiten von **Baumgarten** und **Senftleben** werden vom Verf. nicht berücksichtigt. Ref.)

Löwit (Prag).

...o. **Sulla preesistenza delle piastrine nel sangue normale dei mammiferi.**

(Gaz. degli osp. 1884. No. 57.)

...nd zu begegnen, dass die im cirkulirenden Blute ...bachteten Blutplättchen nicht präexistent, son- ...h die Bloßlegung des Mesenteriums hervor- ... Blutes seien, hat B. die durchsichtigen ...s zum Beobachtungsobjekt gewählt. Der ...er Weise auf einen Objektträger fixirt ...rt die Blutplättchen in den Gefäßen ... Blutkörperchen aufzufinden, wobei ...mmersion (Objektiv H) mit oder ...

Kayser (Breslau).

...io della natura infettiva ...re micosi del polmone.

... VIII. No. 7.)

... entnommenen Perikardial- ...upöser Pneumonie erkrankter In- ...suchen bei Hunden, Kaninchen und ...erste (perikardiale) Exsudat stammte von einem ... sich zur Zeit der Entnahme der Flüssigkeit am ...er Krankheit befand; zwei Tage darauf kam er zur Sek- ...el der sich neben pneumonischer Infiltration der rechten Lunge ...m Stadium der grauen Hepatisation beiderseitige Pleuritis sero-fibrinosa, Perikarditis, Milztumor und Hydrops der seitlichen Hirnventrikel vorfand. Das zweite Exsudat entstammte einem Kranken am 12. Tage der Pneumonie, über den Näheres nicht angegeben. Unter dem Mikroskop ließen sich in beiden Flüssigkeiten neben Leukocythen und rothen Blutkörperchen, theils frei, theils innerhalb der Zellen gelegen, die Friedländer'schen Kapselkokken nachweisen. S. benutzte zum Nachweis die Gram'sche Methode (Entfärbung der mit Gentianaviolettanilinwasser gefärbten Präparate mittels Lösung von Jod 1,0, Jodkali 2,0, Aq. dest. 300,0 und darauf Alkohol). Kontrollversuche mit Injektion von gewöhnlichem menschlichem Serum, so wie mit dem Exsudate zweier Fälle von einfacher Pleuritis stellten die völlige Unwirksamkeit dieser Flüssigkeiten fest.

Die Übertragungsversuche wurden in drei Reihen angestellt. Zunächst wurden die Exsudate in Quantitäten von 0,5—0,8 resp. 1,0—1,5 resp. 1,0—3,0 Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden rechterseits in die Brusthöhle injicirt. Bei Injektion des ersten Exsudates gingen Meerschweinchen und Kaninchen konstant, gewöhnlich innerhalb zweier Tage zu Grunde. Die Sektion ergab stets Pleuritis, einseitig oder doppelseitig, mit reichlichem Erguss und dicken Pseudomembranen, so wie Milztumor; daneben mitunter trüb-seröse Infiltration des Mediastinum und Perikarditis. Die Lungen

richtungen inne hatte. Auch hier war zu beobachten, dass bei Fortdauer hohen Ozongehalts selbst während der Nacht der Schlaf der an chronischen Irritationszuständen leidenden Nervenkranken vielfach gestört wurde und unruhig war, während bei all den Zuständen, die eine Aufbesserung in physischer und psychischer Beziehung bedurften, günstige Resultate zu verzeichnen waren.« **C. Binz** (Bonn).

---

4. **Pascal Ferraro.** Expérience et nouveaux résultats sur la physio-pathologie des artères.

(Arch. ital. de biologie T. V. p. 293—315.)

Verf. versucht den Einfluss der lebenden Gefäßwand auf die intravasale Blutgerinnung durch das Experiment näher zu bestimmen. Die Annahme, dass das Ausbleiben der Gerinnung im lebenden Gefäße durch die unverletzte Endothelschicht der Intima bewirkt werde, glaubt Verf. durch folgende Experimente widerlegen zu können: Das Blut in der in der Gefäßscheide belassenen Carotis des Hundes (Methode vgl. im Original) bleibt flüssig, wenn das Endothel der Intima auf mechanischem Wege, oder durch Injektion chemischer Stoffe (Gemenge von 38° Alkohol und Karbolsäure zu gleichen Theilen), oder durch stark (60—90° C.) erwärmtes Wasser (! Ref.) zerstört wird. Verf. giebt an, sich durch histologische Untersuchung überzeugt zu haben, dass auf diese Weise ausschließlich das Endothel der Intima vernichtet werden kann (? Ref.). Aus einer zweiten Reihe von Experimenten, in welchen das Gefäß aus der Gefäßscheide herausgeschält und entweder mit Kollodium oder mit undurchdringlicher Seide in einer Länge von 5—7 cm umgeben wurde, ergiebt sich, dass binnen 1—3 Tagen in sehr vielen Fällen Thrombose an der betreffenden Stelle eintritt, wenn die Isolirung der Arterien aus der Gefäßscheide allein erfolgt, oder mit einem der früher erwähnten Versuche kombinirt wird. Verf. glaubt, dass auf diese Weise eine Nekrotisirung der Gefäßwand durch Unterbrechung der Blutzufuhr von den Vasa vasorum bewirkt wird. Da hierbei in der Regel Gerinnung des Blutes eintritt, so scheint dem Verf. der Einfluss der lebenden Gefäßwand nicht von der Intima, sondern von den anderen Schichten der Gefäßwand, abhängig zu sein. So lange diese intakt sind, bleibt das Blut flüssig, selbst wenn die Endothelschicht der Intima oder selbst die ganze innere Schicht zerstört ist. Die Ernährung der Gefäßwand erfolgt nach der Anschauung des Verf. nicht ausschließlich von der inneren Schicht her, sondern durch die Vasa vasorum von außen her; hierbei setzt aber Verf. vielfach eine Nekrose der Gefäßwand voraus, ohne sie auch anatomisch nachgewiesen zu haben. Das Eintreten der Gerinnung ist ihm schon Beweis für die funktionelle Nekrose der genannten Schichten der Gefäßwand. (Die einschlägigen Arbeiten von B a u m g a r t e n und S e n f t l e b e n werden vom Verf. nicht berücksichtigt. Ref.) **Löwit** (Prag).

---

5. **Bizzozero.** Sulla preesistenza delle piastrine nel sangue normale dei mammiferi.

(Gaz. degli osp. 1884. No. 57.)

Um dem Einwand zu begegnen, dass die im cirkulirenden Blute des Mesenteriums beobachteten Blutplättchen nicht präexistent, sondern die Folge der durch die Bloßlegung des Mesenteriums hervorgerufenen Alteration des Blutes seien, hat B. die durchsichtigen Stellen des Fledermausflügels zum Beobachtungsobjekt gewählt. Der Flügel wird nur in bekannter Weise auf einen Objektträger fixirt und es gelingt regelmäßig sofort die Blutplättchen in den Gefäßen neben den rothen und weißen Blutkörperchen aufzufinden, wobei B. sich einer Zeiss'schen Wasserimmersion (Objektiv H) mit oder ohne Deckgläschen bediente. **Kayser** (Breslau).

6. **G. Salvioli.** Contributo allo studio della natura infettiva della polmonite crupale e di alcune altre micosi del polmone.

(Archivio per le scienze med. 1884. Vol. VIII. No. 7.)

S. bediente sich des vom Lebenden entnommenen Perikardial- resp. Pleuralexsudates zweier an krupöser Pneumonie erkrankter Individuen zu Übertragungsversuchen bei Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen. Das erste (perikardiale) Exsudat stammte von einem jungen Manne, der sich zur Zeit der Entnahme der Flüssigkeit am 7. Tage seiner Krankheit befand; zwei Tage darauf kam er zur Sektion, bei der sich neben pneumonischer Infiltration der rechten Lunge im Stadium der grauen Hepatisation beiderseitige Pleuritis sero-fibrinosa, Perikarditis, Milztumor und Hydrops der seitlichen Hirnventrikel vorfand. Das zweite Exsudat entstammte einem Kranken am 12. Tage der Pneumonie, über den Näheres nicht angegeben. Unter dem Mikroskop ließen sich in beiden Flüssigkeiten neben Leukocythen und rothen Blutkörperchen, theils frei, theils innerhalb der Zellen gelegen, die Friedländer'schen Kapselkokken nachweisen. S. benutzte zum Nachweis die Gram'sche Methode (Entfärbung der mit Gentianaviolettanilinwasser gefärbten Präparate mittels Lösung von Jod 1,0, Jodkali 2,0, Aq. dest. 300,0 und darauf Alkohol). Kontrollversuche mit Injektion von gewöhnlichem menschlichem Serum, so wie mit dem Exsudate zweier Fälle von einfacher Pleuritis stellten die völlige Unwirksamkeit dieser Flüssigkeiten fest.

Die Übertragungsversuche wurden in drei Reihen angestellt.

Zunächst wurden die Exsudate in Quantitäten von 0,5—0,8 resp. 1,0—1,5 resp. 1,0—3,0 Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden rechterseits in die Brusthöhle injicirt. Bei Injektion des ersten Exsudates gingen Meerschweinchen und Kaninchen konstant, gewöhnlich innerhalb zweier Tage zu Grunde. Die Sektion ergab stets Pleuritis, einseitig oder doppelseitig, mit reichlichem Erguss und dicken Pseudomembranen, so wie Milztumor; daneben mitunter trübseröse Infiltration des Mediastinum und Perikarditis. Die Lungen

zeigten in den der Pleura benachbarten Alveolen ziemlich häufig ein geringes, nur mikroskopisch nachweisbares fibrinöses Exsudat. In den Exsudaten und Pseudomembranen, so wie in der Milz ließen sich konstant die Friedländer'schen Kokken nachweisen; eben so bei mikroskopischen Schnitten in der Pleura und dem der Pleura naheliegenden Lungengewebe; in beiden schienen sie häufig zu Kolonien angehäuft innerhalb der Lymphräume zu liegen. Dasselbe Resultat gaben die Meerschweinchen und Kaninchen, wenn man statt der primären Flüssigkeit das Exsudat eines der inficirten Thiere benutzte. Ein Hund, der 3 ccm des primären Exsudates injicirt erhielt, war zwei Tage lang krank, zeigte erhöhte Temperatur und fraß nichts, dann aber trat völlige Genesung ein. Ein zweiter Hund, der 1 ccm des Pleuraexsudates eines verendeten Meerschweinchens bekam, starb innerhalb eines Tages. Sektion ergab: sehr reichliches trübes Pleuraexsudat ohne Pseudomembranen an der der Injektion entsprechenden Seite, trüb-seröse Infiltration des Mediastinum. Unterlappen der Lunge sehr blutreich, enthält wenig Luft, leicht serös infiltrirt. Milztumor. Im Exsudat, in der Milz, in Pleura und Lungengewebe, so wie vereinzelt im Lungensaft Kokken. Vielleicht ist aus dem positiven Erfolge in diesem Falle, gegenüber dem negativen Resultate beim ersten Hunde zu folgern, dass in Folge des Durchganges durch den Meerschweinchenkörper eine Steigerung der Virulenz des Coccus stattgefunden hat.

Das zweite Exsudat wurde je zwei Thieren von jeder der drei Gattungen injicirt, doch ergab nur der Versuch bei den beiden Kaninchen ein positives Resultat. Die Sektion ergab analoge Verhältnisse wie bei dem ersten Exsudate; nur zeigte sich bei dem einen Kaninchen, welches drei Tage lebte, neben der Pleuritis, im Unterlappen der rechten Lunge ein Bild, welches ungefähr der rothen Hepatisation der menschlichen Lunge entsprach; in diesem Falle waren die Mikrokokken auch sehr zahlreich im Lungengewebe und ebenfalls innerhalb der Lungenalveolen nachzuweisen.

Da es nun nahe lag anzunehmen, dass das charakteristische Bild der menschlichen Pneumonie desswegen bei den Thieren für gewöhnlich nicht zu Stande kam, weil die Thiere schon vorher an der Acuität der Pleuraaffektion zu Grunde gingen, ehe die Propagation auf die Lungen in genügender Weise eingetreten, so wurde in einer zweiten Reihe von Experimenten das Exsudat den Thieren in die Trachea injicirt. Von vier so behandelten Meerschweinchen gingen zwei zu Grunde. Bei der Sektion zeigten die Lungen dunkelrothe Farbe und besonders in den unteren Lappen deutliche Vermehrung des Volumens und der Konsistenz; auf Druck entleerte sich aus der Schnittfläche eine trübe röthliche Flüssigkeit, in der sich die Kokken nachweisen ließen. Die mikroskopische Untersuchung von Schnitten der gehärteten Lunge bestätigte das Vorhandensein eines fibrinösen Exsudates in den Alveolen der Unterlappen; das

Alveolarexsudat ist sehr zellenreich und enthält ebenfalls die charakteristischen Kokken. Im Pleurasack geringe Quantität klaren Serums, Pleura normal. Milz in beiden Fällen geschwollen, vereinzelte Kokken in der Pulpa.

Die dritte Reihe von Versuchen diente der Beantwortung der Frage, ob die Kokken nur lokal entzündungserregend wirken, oder ob sie, auch an anderen Stellen injicirt, sich in der Lunge resp. Pleura lokalisiren. Es stellte sich, wie vorauszusehen war, heraus, dass ihnen keine elektiven Eigenschaften zukommen. Konstant war bei diesen Versuchen nur der Exitus und das Auftreten eines Milztumors mit nachweisbaren Kokken. Im Übrigen aber erhielt Verf. bei Injektion in die Bauchhöhle Peritonitis, bei hypodermatischer Injektion eitrige Infiltration des subkutanen Bindegewebes an der Incisionsstelle (der letztere Versuch ist freilich nicht rein, da sich bei der Sektion auch Bacillen an der Injektionsstelle fanden); bei Injektion in die Vena jugularis gingen die Thiere — ein Hund und ein Meerschweinchen — unter Intoxikationssymptomen und schweren nervösen Erscheinungen mit ziemlich negativem Sektionsbefunde zu Grunde. Die Kokken wurden bei beiden Thieren in Milz und Lunge nachgewiesen, bei dem Hunde außerdem in den Nieren, und, was in Rücksicht auf das Vorkommen von Meningitis bei Pneumonie von Interesse ist, in ganz besonders großer Zahl in den Hirnhäuten, ohne dass jedoch wirkliche Zeichen von Entzündung hier — es bestand nur Hyperämie — nachweisbar waren.

Verf. berichtet sodann über die Resultate seiner Leichenuntersuchungen von 14 Fällen von krupöser Pneumonie. Jedes Mal fanden sich die Friedländer'schen Kokken, und zwar in den verschiedenen Stadien der Hepatisation, sowohl in dem Alveolarexsudat — hier besonders in den Zellen — wie auch im Lungengewebe und in der Milz; in der Milz besonders reichlich bei ausgesprochenem Milztumor. Bei komplicirendem Pleuraexsudat waren sie auch dort nachweisbar. In einem mit Meningitis cerebro-spinalis und Endocarditis mitralis komplicirten Falle waren sie auch an der Mitralklappe an der Grenze der Fibrinauflagerung, in den Meningen und auch in einer Bronchialdrüse zu konstatiren.

Übrigens fanden sich ganz analoge Kokken mit deutlichen Kapseln auch in zwei tödlich verlaufenden Fällen von primärer Pleuritis fibrino-purulenta duplex.

(Lässt sich auch nicht verkennen, dass die Experimente S.'s nicht die volle Beweiskraft haben, die ihnen zukommen würde, wenn Verf. mit Reinkulturen gearbeitet hätte, — S. bedauert selbst, dass er nicht in der Lage gewesen, sich diese zu züchten —, so bieten sie doch immerhin auch so des Interessanten genug, dass ihre ausführliche Besprechung gerechtfertigt erscheinen kann. Bekanntlich hat A. Fränkel in seinem Korreferate über krupöse Pneumonie auf dem III. Kongresse für innere Medicin zu Berlin [vgl. Verhandlungen des Kongresses] im Anschluss an eigene experimentelle Un-

tersuchungen die Ansicht ausgesprochen, dass, entgegen der Friedländer'schen Anschauung, der Pneumoniecoccus unter Umständen, welche vielleicht von der Malignität des Falles resp. der Virulenz des Coccus abhängen, auch auf Kaninchen zu übertragen sei. Man wird nun, wenn man vorurtheilsfrei die vorliegende Arbeit überblickt, nicht umhin können, in ihr eine Bestätigung dieses Fränkel'schen Resultates zu finden, man wird sich der Überzeugung nicht verschließen können, dass in der That die Friedländer'sche Anschauung, wonach zur Charakteristik seiner Pneumoniekokken gehört, dass sie auf Kaninchen keine Wirkung ausüben, nicht aufrecht erhalten werden kann, und dass man nicht mehr aus der Wirksamkeit resp. Unwirksamkeit auf Kaninchen ein Kriterium dafür machen kann, ob man es mit echten Pneumoniekokken zu thun gehabt hat oder nicht. Die verschiedenen Malignitätsgrade, die man nach der Seite der Abschwächung hin dem Milzbrandbacillus künstlich anzüchtet, unterscheiden sich ja auch dadurch, dass die Bacillen auf die eine Thierspecies noch wirken, während sie die Wirkung auf eine andere schon verloren haben, und auch in der Natur ohne künstliche Züchtung scheinen Unterschiede in der Virulenz zum mindesten beim Milzbrand vorzukommen; in der Arbeit von Koch, Gaffky, Loeffler [Experimentelle Studien über die künstliche Abschwächung der Milzbrandbacillen etc., Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesnndheitsamte Bd. II.] findet sich wenigstens implicite diese Ansicht ausgesprochen, da die Verff. annehmen, dass der von Pasteur zur Probeimpfung benutzte nicht abgeschwächte Milzbrand eine geringere Virulenz gehabt, wie der von ihnen selbst angewendete. Warum sollen nun nicht auch in der Natur Verschiedenheiten in der Virulenz der Pneumoniekokken vorkommen, und warum sollen sich diese Verschiedenheiten der Virulenz nicht gerade dadurch äußern, dass der Coccus das eine Mal auf Kaninchen und Meerschweinchen wirkt, während er das andere Mal seine Wirkung auf Kaninchen schon verloren hat, dagegen für Meerschweinchen noch pathogen ist? Spricht nicht das cumulirte, ja häufig geradezu epidemische Auftreten von besonders schwer verlaufenden Pneumoniefällen dafür, dass mitunter der Erzeuger der Pneumonie, wenn man anders einen einheitlichen Erzeuger dieser Krankheit annehmen will, eine ganz besondere Malignität besitzt? Und sind nicht gerade diejenigen Fälle, welche mit reichlichen Exsudaten in den serösen Höhlen und mit Milztumor einhergehen, wie sie dem Verf. der referirten Arbeit das Material für seine Experimente geliefert haben, von jeher als besonders maligne betrachtet worden, so dass man gerade sie den übrigen Pneumonien gegenüber in eine eximirte Stellung zu bringen versucht und gerade für sie auch schon früher eine infektiöse Basis als Ätiologie angenommen hat?

Freilich ist mit dem zuletzt Gesagten zugleich auch auf die zweite schwache Seite der vorliegenden Arbeit hingewiesen worden. Dass gewisse Pneumonien infektiöser Natur sind, hat man schon

früher angenommen; ob es alle sind, das blieb zu entscheiden und für die Entscheidung dieser Frage liefern gerade die Fälle, von denen man von vorn herein annehmen muss, dass sie infektiöser Natur sind, das am wenigsten geeignete Material. Ref.)

Anhangsweise bespricht Verf. das Vorkommen von Mikroorganismen in den Lungen bei anderen Erkrankungen. Verf. fand in den Lungen Stäbchen und Kokken, letztere auch in Zoogloeaform. Da in Folge des Fehlens von Reinkulturen und Übertragungsversuchen diesen Beobachtungen die Grundlage abgeht, so mag nur erwähnt werden, dass in einem Falle von Meningitis cerebrospinalis epidemica in den Lungen, eben so wie im Meningualexsudate, den Pneumoniekokken ganz analoge Kapselkokken nachweisbar waren, so wie dass bei einer Typhusleiche in bronchopneumonischen Herden sich Kokken und Bacillen vorfanden, welch letztere ihrer äußeren Form nach vollständig den in den Darmgeschwüren und in den Mesenterialdrüsen vorhandenen glichen. (Der Abbildung nach zu urtheilen, entsprach ihre äußere Form ungefähr den Typhusbacillen.)

Freudenberg (Berlin).

7. Masséi. Un cas de rétrécissement syphilitique de la trachée.

(Bull. et mém. de la soc. française d'otol. et de laryngol. T. I. p. 132 ff.)

Nach Bericht eines einschlägigen, durch eine anschauliche Abbildung illustrirten Falles spricht sich M. dahin aus, dass die an sich seltenen diaphragmaartigen, den oberen Theil der Luftröhre einnehmenden Verengerungen fast ausschließlich auf vorangegangene Lues zurückzuführen sind. Die Diagnose der Erkrankung ist natürlich nur durch den Kehlkopfspiegel zu stellen. Therapeutisch kommt die auch ohne vorausgeschickte Tracheotomie per vias naturales ausführbare Erweiterung der Striktur in Betracht (Details über den einzuschlagenden Modus der Erweiterung, ob durch Messer, Galvanokaustik oder Schrötter'sche Zinnbolzen fehlen; Ref.). Hering bemerkt in der, sich an den M.'schen Vortrag anschließenden Diskussion, dass derartige Verengerungen auch unabhängig von Syphilis, sowohl angeboren, als im Anschluss an eine überstandene Blennorrhoe des Larynx und der Trachea erworben, vorkämen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

8. Gouguenheim. L'œdème laryngien dans la tuberculose du larynx.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1884. No. 4. p. 226 ff.)

Der bei der Tuberkulose des Larynx gemeinhin als Ödem bezeichnete Zustand entspricht keineswegs dem, was man sonst unter diesem Ausdruck versteht, d. h. es handelt sich gewöhnlich nicht um eine Flüssigkeitsansammlung in den Gewebsmaschen, sondern in

der Mehrzahl der Fälle liegt eine tuberkulöse Infiltration vor, unter deren Einfluss einzelne Theile des Larynx jenes eigenthümlich opake, sulzige, für ödematöse Schleimhaut charakteristische Aussehen gewinnen. Freilich kommt auch echtes, auf direkter Flüssigkeitsansammlung im Gewebe beruhendes Ödem vor, aber selten und G. unterscheidet daher zwischen sog. Pseudoödem und wahrem Ödem.

Das erste, bei Weitem häufigere, verläuft oft latent und veranlasst fast niemals Dyspnoe, welche dann gewöhnlich nur vorübergehend ist. Ist sie von längerer Dauer, so hat man es entweder mit Glottiskrampf, veranlasst durch »Compressions nerveuses« (? Ref.) zu thun oder es besteht eine durch tuberkulöse Infiltration der subglottischen Gegend bedingte Stenose des Larynxinnern. Zur Behandlung dieses Pseudoödems empfiehlt G. punktförmige Kauterisationen, mit dem Galvanokauter und räth von Skarifikationen, wodurch neue Eingangspforten für eine Bacilleninvasion geschaffen würden, ab.

Das wahre Ödem kann, wenn es auf die ary-epiglottischen Falten beschränkt ist, latent verlaufen, ruft dagegen bei intralaryngealer Lokalisation ernste Erscheinungen hervor. Das wahre Ödem, das seinen Ort, je nach dem Sitz des ihm zu Grunde liegenden Krankheitsherdes, wechselt, kann verursacht sein durch Caries des Schildknorpels; in diesem Falle betrifft das Ödem besonders die Gegend der falschen Stimmbänder und man kann mit dem Spiegel keinen Einblick in das Larynxinnere thun. Bei durch Caries der Gießbeckenknorpel bedingtem Ödem sitzt dasselbe in den ary-epiglottischen Falten und kann latent verlaufen. Die klinischen Zeichen einer auf die Gießbeckenknorpel beschränkten Caries sind ziemlich dunkel; Aphonie, in Folge von Schwerbeweglichkeit der Knorpel, kann das einzige Zeichen sein. Bei Caries des Ringknorpels endlich ist das Ödem gewöhnlich auf das Niveau der Glottis ausgebreitet, erscheint meist ziemlich schnell und ohne wesentliche Prodrome und kann zu heftigen, unter Umständen rasch tödtenden Stickanfällen Veranlassung geben. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

---

9. **Hering.** De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx.

(Bull. et mém. de la soc. française d'otol. et de laryngol. T. I. p. 149 ff.)

H. tritt für eine ausgedehnte Anwendung der Chromsäure bei der Behandlung gewisser Erkrankungen der Nase, des Schlundes und Kehlkopfs ein; behufs Applikation derselben soll das Mittel, an eine Metallsonde angeschmolzen, mit den erkrankten Theilen in Berührung gebracht werden. Die Wirkung ist eine sehr energische, das Mittel kann gegen adenoide Vegetationen, weiche Polypen, parenchymatöse Hyperplasien in Gebrauch gezogen werden. Eine zu intensive Kauterisation kann zu Intoxikationserscheinungen führen, indem das Mittel entweder von den Ätzstellen aus absorbirt oder direkt verschluckt

wird. H. selbst hat bisher noch keine gefährlichen Collapse oder mit choleraähnlichen Erscheinungen einhergehende Darmaffektionen gesehen. Zur Kauterisation gehören unendlich kleine Mengen des Mittels, der Überschuss an Chromsäure muss neutralisirt und die Ätzung erst wiederholt werden nach Ablauf der Entzündungserscheinungen und Abfall der Brandschorfe. Die Chromsäure übertrifft in ihren Wirkungen alle bisher bei der Behandlung der angeführten Krankheiten in Anwendung gezogenen Medikamente und ihr Hauptvorzug besteht darin, dass man eine rasche Heilung erreicht, ohne starke Schmerzen zu verursachen; Ref. hält das Mittel bei Behandlung der genannten Erkrankungen für durchaus entbehrlich, da man in der Galvanokaustik ein Agens besitzt, welches allen an ein Kauterium zu stellenden Ansprüchen in jeder Weise Genüge leistet; auf einen Vergleich der Wirkung der Chromsäure mit der der Galvanokaustik hat sich H. auch gar nicht eingelassen; die Einführung der Chromsäure ins Larynxinnere hält Ref. geradezu für bedenklich.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

10. **Ivan Michael.** Über einige Eigenthümlichkeiten der Lungentuberkulose im Kindesalter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. referirt 9 Sektionsprotokolle aus dem pathologischen Institut in Leipzig, und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die verschiedenen Drüsengruppen, insbesondere die Bronchiallymphdrüsen, sind in größere mehr oder weniger hochgradige verkäste Packete umgewandelt, während bei Erwachsenen nur ganz ausnahmsweise stärkere Verkäsungen, und auch dann meist bei jüngeren Individuen, vorkommen.

2) Im Gegensatz zu der Lokalisation des tuberkulösen Processes bei Erwachsenen, wo vorzugsweise die Spitzen betroffen sind, sind bei Kindern die dem Hilus zunächst gelegenen, so wie die Unterlappen hauptsächlich afficirt, während die Spitzen nicht selten vollkommen frei, oder wenigstens nicht besonders stark afficirt sind. Auch in den Lungen überwiegt die Verkäsung die Bildung miliarer Knötchen. Die befallenen Theile sind häufig ganz diffus käsig infiltrirt, theils auch im Zerfall begriffen. Es fehlen auch häufig die fibrösen Massen, die so häufig bei Erwachsenen in der Umgebung der tuberkulösen Herde liegen.

3) Bei der tuberkulösen Lungenschwindsucht von Kindern beobachtet man häufiger eine Betheiligung der übrigen Körperorgane, wie der Milz, Leber, Niere (käsige Knoten), als bei Erwachsenen. Darmtuberkulose ist seltener.

Für die vorzugsweise Betheiligung der Lymphdrüsen am Hilus pulm. nimmt Verf. an, dass das Virus beim Kinde die Lungen passirt, ohne dort seine Wirkung zu entfalten, und sofort in die Lymphdrüsen transportirt wird. Eventuell könnten die Bronchialdrüsen auch von

anderen Drüsengruppen, etwa von den Hals- oder Clavicularlymphdrüsen inficirt sein. Überall wo das Tuberkelgift im kindlichen Körper wirklich zur Ansiedelung gelangt, wirkt es im Gegensatz zu Erwachsenen äußerst intensiv. Es zerstört nicht nur die Theile, in denen es sich primär ansiedelt, allmählich zu käsigen Massen, sondern auch die neu entstehenden Zellenelemente verfallen einem gleichen Schicksal, und können sich nicht, wie bei Erwachsenen, an vom centralen Käseherd entfernteren Stellen zu Bindegewebe umwandeln. Die vorzugsweise Erkrankung um den Hilus herum, und in den Unterlappen, findet eine Erklärung darin, dass die Lymphdrüsenkapseln von käsigen Massen durchwuchert werden, und per contignitatem somit andere Organe ergriffen werden. Für einzelne Fälle lässt sich der Durchbruch der Kapsel durch Gelegenheitsursachen erklären, so durch vorausgegangene Infektionskrankheiten, ganz besonders die Masern. Das Übergreifen der käsigen Drüse auf die Lunge kann dadurch geschehen, dass die Drüse entweder in das Lungenparenchym hineinwächst oder sie verwächst zunächst mit einem größeren Bronchus, dessen Wand schließlich perforirt wird. Die Affektionen der Unterlappen werden durch Aspiration der in den Bronchus durchbrochenen Massen herbeigeführt. Die Form der Tuberkulose im Kindesalter ist meist die der käsigen Pneumonie, neben der dann noch Miliarknötchen vorhanden sein können. Eine eigenthümliche Formation stellen die großen, mit käsigen Massen erfüllten Höhlen dar. Wenn einmal Tuberkelgift in größerer Menge in die kindliche Lunge gedrungen ist, so reagirt diese ungemein stürmisch darauf, und wie es scheint meist in kürzerer Zeit als bei Erwachsenen. Der Tod kann bei Drüsentuberkulose noch eintreten durch Erstickung, indem käsige Knoten in die Glottis gelangten, durch Arrosion größerer Gefäße, Lungenblutungen, durch krupöse Affektion der Trachea und der Bronchien, die sich an den Durchbruch einer erweichten Drüse anschloss (Weigert). Verf. hebt hervor, »dass einerseits die Drüsentuberkulose bei Kindern mit Vorliebe lange Zeit lokal bleibt, andererseits aber, wenn sie einmal allgemein geworden ist, im kindlichen Körper einen weit besseren Nährboden als bei Erwachsenen findet, und daher im ersteren weit rapidere Zerstörungen entwickelt«. Der letzterwähnte Fall (9) ist desshalb von besonderem Interesse, weil er eine Kombination der durch Infektion von den Drüsen aus bedingten Käseherde in der Lunge mit akuter allgemeiner Miliartuberkulose darstellt. **Kohts** (Straßburg i/E.).

---

11. A. d'Espine et C. Pirot. Manuel pratique des maladies de l'enfance.

Paris, **Baillière et fils**, 1884. 3. Ed. kl. 8. 792 S.

In der dritten Auflage liegt das Lehrbuch der Kinderheilkunde der im Titel genannten Autoren vor. Die erste Auflage, im Jahre 1876 erschienen, ist dem deutschen Publikum durch die Übersetzung von Ehrenhaus (Leipzig, Veit & Co., 1876) bekannt geworden. Die

Vorzüge, welche das Buch schon damals auszeichneten, Kürze und Prägnanz der Darstellung, besonders der Symptomatologie, Vermeidung alles eingehenderen Details — ohne dass von den wesentlichen und wichtigen Thatsachen etwas unberücksichtigt blieb —, vorsichtige und kritische Verwerthung ausgebreiteter Kenntnisse der eigenen und fremden, namentlich auch deutschen Litteratur, — alle diese Vorzüge sind der dritten Ausgabe erhalten geblieben. Dazu ist die letztere durch eine Anzahl neuer Kapitel bereichert, die größtentheils in der gleichen koncisen Manier behandelt sind, wie die alten. Wir heben von diesen hervor dasjenige über die cerebrale Paralyse der Kinder (wobei Ref. nur Wunder nahm, dass der sog. »Porencephalie« gar nicht einmal Erwähnung gethan wurde), über die »Tabes spasmodique«, über die Zuckerharnruhr der Kinder, während uns das neue Kapitel über »Tumeurs malignes« weniger nützlich erscheint, wenigstens in der jetzigen Form. Ob sich der Tenor der dritten Auflage ganz auf dem Standpunkte, wie er den raschen Fortschritten der Kinderheilkunde in dem letzten Decennium entspricht, erhalten hat — man vgl. z. B. die Kapitel Enteritis, Rachitis, Diphtherie, Scarlatina — darüber ließe sich wenigstens streiten. Aber trotzdem würde das Buch als Einleitung in das Studium der Kinderkrankheiten auch für den deutschen Studenten und angehenden Arzt ganz vortrefflich zu brauchen sein — wenn nicht die Darstellung der Therapie uns fremdartig anmuthete. Nicht sowohl die Schilderung der einzelnen Maßnahmen, die Angabe der Dosen und Arten der Medikamente sind es, welche diesen Eindruck hervorrufen, als vielmehr ist, wie es dem Ref. dünkt, die Gesammtübersicht des therapeutischen Verfahrens bei jeder einzelnen Krankheit so gegeben, dass man sich unwillkürlich jedes Mal sagt: wir in Deutschland machen es etwas anders. Das fühlt auch der Anfänger, wie Ref. es mehrfach aus dem Munde solcher gehört, denen er das sonst so gute Buch empfohlen. Eine neue Übersetzung müsste die Therapie in deutschem Sinne umarbeiten. Schließlich noch eine Bemerkung: es giebt auch Lehrbücher, denen der Autor ein so individuelles Gepräge aufzudrücken versteht, dass man auf jeder Seite ihn wiedererkennt und welche man gerade desshalb, mag man auch da und dort stärker zur Opposition sich angeregt fühlen, immer wieder mit Interesse, mit Genuss liest. Zu diesen Büchern gehört das obige nicht; es ist Gattung, nicht Individuum — ein Vortheil in mancher Beziehung vielleicht, in mancher auch nicht. **Heubner** (Leipzig).

Kasuistische Mittheilungen.

12. **F. Ferrario.** Casi di rene unico senza alterazioni congenite dell' apparato genitale.

(Gaz. degli osp. 1884. p. 467.)

Zwei Frauen, eine 15, die zweite 44 Jahre, die erste einer Lungentuberkulose, die letztere einer akuten Pleuropneumonie erlegen, zeigten bei der Sektion vollständigen Mangel der rechten Niere und Nebenniere; die linke Niere, die in beiden

Fällen Sitz einer relativ frischen Nephritis war, bot sonst in anatomischer Beziehung nichts Abnormes, nur war sie vergrößert. Bei dem ersten Fall wog die linke Niere 170 g, bei dem zweiten 260 g. Der links allein vorhandene Ureter verlief und mündete in normaler Weise. Alle Genitalorgane waren vorhanden und zeigten keinerlei Asymmetrie. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei 2 männlichen Individuen von 28 und 31 Jahren, bei denen die rechte Niere nebst Nebenniere fehlte. Die linke Niere wog in diesen Fällen 240 und 277 g. Die Genitalien zeigten keinen Defekt und keine Abnormität. Diese Befunde sind bemerkenswerth, weil ja embryologisch Niere so wie die Genitalapparate aus demselben Urorgan (Wolff'scher Körper) sich bilden. **Kayser** (Breslau).

13. **Ollivier.** Deux épidémies de varicelle à Paris.

(Rev. de méd. 1884. T. IV.)

Im Stadtviertel des Hospital Necker in Paris trat im Frühling dieses Jahres unter den Kindern eine Epidemie von Varicellen auf, welche zu Anfang zu einer Verwechslung mit Variola Veranlassung gegeben hatte. Der Ausgangspunkt konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Die Mehrzahl der kleinen Kranken gehörte armen Familien an, deren Wohnung aus einem einzigen schlecht gelüfteten Zimmer bestand. Die Ansteckung erfolgte von einem Kinde zum anderen; gab es mehrere in einer Familie, so wurden alle ergriffen. Eine 40jährige Frau, welche ihr Kind stillte, war die einzige von der Krankheit befallene erwachsene Person.

Von einem Einfluss der Vaccination war nichts zu bemerken. Von den 34 Kranken waren 31 von Arm zu Arm geimpft und trugen noch die sichtbaren Zeichen davon; nur 3 unter 1 Jahr alte Kinder waren noch nicht geimpft, und dennoch verlief die Krankheit bei ihnen nicht schwerer. Die Pockeneruption begann gewöhnlich am Stamme und breitete sich von da auf Gesicht und Glieder aus, selten waren mehr als 30—50 Bläschen vorhanden, welche keine Delle zeigten. Die Inkubation betrug 12—15 Tage. Die Krankheit ging in allen Fällen in Heilung aus.

Eine zweite Epidemie, welche O. beobachtete, gab ebenfalls zur Verwechslung mit Variola Veranlassung, doch auch hier ließ sich mit Sicherheit nachweisen, dass es sich um Windpocken handelte. Die Affektion war durchaus gutartig, Impfung bot keinen Schutz gegen sie und überdies zeigte sich hier nicht ein einziger Erkrankungsfall bei Erwachsenen. **Unverricht** (Breslau).

14. **Letulle.** Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine chez un enfant de huit ans cardiaque asystolique.

(Revue de méd. 1884. T. IV.)

Bei einem an einem Mitralfehler mit Ascites leidenden 8jährigen Knaben wurde die Punktion des Abdomens vorgenommen und dabei ein chylöses Exsudat gewonnen, welches eine enorme Menge von emulgirtem Fett und spärliche weiße und eine große Anzahl rother Blutkörperchen aufwies. Das Kind ging an seinem Herzleiden zu Grunde, eine Autopsie konnte nicht gemacht werden.

Die Betrachtung der in der Litteratur deponirten Fälle so wie seiner eigenen Beobachtung führt L. zu folgenden Schlüssen:

1) In allen Beobachtungen von chylösem Ascites, welche bislang publicirt worden sind und eine Sektion aufweisen, handelt es sich um chronische tuberkulöse, carcinomatöse oder einfach fibrinöse Peritonitiden.

2) Das Vorhandensein entzündlicher Veränderungen ist also eins der konstantesten Vorkommnisse bei der Genese chylöser Ergüsse des Peritoneums und der Pleura.

3) Die fettige Metamorphose der Entzündungsprodukte genügt wahrscheinlich, um die Gesammtmenge des emulgirten Fettes zu bilden, welches in der serösen Pleura- oder Peritonealflüssigkeit suspendirt ist. **Unverricht** (Breslau).

15. **E. Galvagni.** Un caso rarissimo di ascite essenziale (poliorromenite acuta semplice).

(Gaz. degli osp. 1884. No. 69.)

G. hat schon früher gleich anderen Autoren darauf hingewiesen, dass es eine akute Peritonitis giebt, die, ähnlich einer akuten Pleuritis, auf nicht malignem Boden durch rheumatische Ursache sich entwickeln und günstig ablaufen kann. Meist verbindet sich ein solcher akuter Ascites mit Entzündungen anderer seröser Häute, besonders der Pleura, daher der Namen Polyorromenitis acuta simplex. Als Beleg hierfür theilt G. einen Fall mit, der seinen eigenen Diener betrifft. Derselbe, ein 20jähriger, bisher, abgesehen von einigen kurzen unbedeutenden fieberhaften Erkrankungen, gesunder und kräftiger Mann, erkrankte Ende August 1883 nach einer »Erkältung« an Schmerzen im Unterleibe besonders beim Uriniren, mit Fieber und nachweisbarem Erguss in die Peritonealhöhle. Im Verlaufe von 3—4 Wochen besserten sich alle Erscheinungen, aber es entwickelte sich nun unter mäßiger Fiebersteigerung ein doppelseitiges pleuritisches Exsudat besonders auf der rechten Seite. Anfang Oktober war der peritoneale Erguss völlig verschwunden und bis gegen Ende Oktober verkleinerte sich auch das pleuritische Exsudat so weit, dass der Kranke wieder arbeitsfähig war und sich vollständig erholte.

Kayser (Breslau).

16. **Erb.** Ein Fall von Hämorrhagie in das Corpus callosum.

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. Hft. 2.)

Verf. berichtet über folgenden für die physiologische Bedeutung des Balkens wichtigen Fall:

Ein 61jähriger Mann erkrankt akut mit Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Nackenstarre, Harnabgang. Er ist schwerbesinnlich, somnolent, Respiration schnarchend, langsam, Motilität und Sensibilität intakt. Kniephänomen fast fehlend.

Zwei Tage später Nackensteifigkeit, Kniephänomen fehlt. Später Zuckungen der Extremitäten, Pupillenstarre, Cheyne-Stokes'sches Phänomen, die Kniephänomene wieder angedeutet. Tod am 11. Tage.

Diagnose: Meningitis cerebro-spinalis subacuta. Die Sprache, das Schlucken und Kauen, die Mimik waren stets frei, keine Parese, Ataxie oder Rigidität, keine Störung der Sinnesorgane — keine psychische Alteration außer der Somnolenz.

Die Sektion ergab in der That eine Leptomeningitis cerebro-spinalis hämorrhagica, außerdem aber eine hämorrhagische Zerstörung des Balkens, welche denselben in seinen vorderen drei Vierteln und zwar der ganzen Dicke nach betraf.

Trotz der vorhandenen Komplikation mit meningealer Blutung und Meningitis lehrt also der Fall, dass fast das ganze Corpus callosum zerstört werden kann, ohne dass irgend eine Störung der Motilität, der Koordination, der Sensibilität, der Reflexe, der Sinne, der Sprache und ohne dass eine erhebliche Störung der Intelligenz einzutreten braucht. **Thomsen** (Berlin).

17. **Jalan de la Croix.** Ein Fall von ausgebreiteter Porencephalie an der medialen Fläche der rechten Großhirnhemisphäre.

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. Hft. 2.)

Bei einer 17jährigen Dienstmagd, welche an basilarer Meningitis verstorben war, ergab die Sektion als zufälligen Befund außerdem eine ausgedehnte Porencephalie der medialen Fläche der rechten Hemisphäre. Der Defekt betraf den größten Theil des Bogenwulstes, den gesammten Vorzwickel und einen großen Theil der ersten Stirnwindung, außerdem den größten Theil der rechten Seite des Balkens, kommunicirte direkt mit dem Vorderhorn des (erweiterten) Seitenventrikels und trat hinter dem G. centr. post. auch an der Konvexität des Gehirns zu Tage.

Intra vitam war niemals etwas Auffälliges an dem Mädchen bemerkt worden, außer einer mäßigen Vergesslichkeit, gelegentlichen leichten Absencen und einem Nachziehen des linken Beines. Sensibilitätsstörungen bestanden nicht. Dagegen

ergaben genaue Messungen eine deutliche Verkürzung und Volumsverminderung der linksseitigen Extremitäten.

Die Übergangswindungen der Gyri centrales waren erhalten geblieben, woraus sich das Fehlen von Motilitätsstörungen erklärt.

Welche Bedeutung den zerstörten medialen Rindenpartien zukommt, wagt Verf. nicht zu entscheiden, vielleicht mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Messungen eine trophische. **Thomsen** (Berlin).

18. Köbner. Zur Kasuistik der Hysterie im Kindesalter.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. XXXV. Hft. 5.)

13jähriger, hereditär nicht belasteter, vorher völlig gesunder Knabe erkrankte mit Müdigkeit, heftiger Diarrhöe und Schmerzen im Epigastrium und der linken Scheitelgegend, welche trotz großer Gaben von Narkoticis fast völlig den Schlaf raubten; ferner häufiger Harndrang, ohne dass, trotz starken Pressens, wesentliche Mengen entleert werden. Im Anschluss an diese Prodromalerscheinungen entwickelte sich nun ein äußerst buntes Symptomenbild: motorische, sensible und vasomotorische Störungen, Anomalien der Psyche und der Reflexthätigkeit wechselten in rascher Folge, so dass im Referat eine Wiedergabe des Krankheitsbildes nicht möglich ist.

Von Interesse ist auch in diesem Falle der eklatante Einfluss, den die Überführung des Pat. in ein Krankenhaus zur Folge hatte. Nach mehrjährigem Verlauf trat völlige Heilung ein. **M. Cohn** (Hamburg).

19. S. Thomaschewsky. Über einen Fall von weichem Schanker auf der rechten Mandel (Ulcus molle tonsillae dextrae).

(Wiener med. Presse 1884. No. 34.)

Wenn schon, im Gegensatze zu den syphilitischen Initialsklerosen, weiche Schankergeschwüre nur höchst selten auf der Haut des Kopfes oder auf der sichtbaren Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle getroffen werden, so ist der hier mitgetheilte Fall wohl der erste, in dem sich ein weiches Schankergeschwür auf der rechten Tonsille lokalisirt hat.

Es handelt sich um einen Pat., bei dem sich $1^1/_2$ Wochen vor der Aufnahme Geschwüre am Präputium gebildet hatten; vor einer Woche hatte er sich beim Essen mit einem scharfen Knochensplitter die Schleimhaut des Rachens auf der rechten Seite lädirt, worauf sich an der lädirten Stelle das Geschwür entwickelte. Dasselbe unterschied sich scharf von jeder anderen Art von Geschwüren und wurde die Diagnose eines weichen Schankergeschwüres mit voller Bestimmtheit dadurch festgestellt, dass das Sekret desselben auf der Haut des Armes des Pat. eingeimpft wurde. Von den drei Impfstichen blieb einer ohne Resultat; an den zwei anderen Impfstellen bildeten sich nach 3 Tagen zwei Pusteln von der Größe eines Hanfkornes, die mit einem scharf exprimirten Reaktionshofe umgeben waren, und die sich als typische weiche Schankergeschwüre im Anfange ihrer Entwicklung darstellten. Der direkte Weg, auf welchem die Infektion stattfand, ist sehr wahrscheinlich der, dass der Kranke etwas von dem Sekret des Schankers beim Herausziehen des im Rachen steckengebliebenen Knochens mit den schmutzigen Fingern auf die durch den Knochen verletzte Schleimhaut der rechten Mandel übertragen hat. Am dritten Tage nach der Aufnahme schwoll die Glandula submaxillaris profunda dextra an und begann sich so in der dem Krankheitsherde zunächst liegenden Lymphdrüse ein Schankerbubo zu bilden, dessen Verlauf jedoch durch das schnelle Verlassen der Klinik seitens des Kranken nicht mehr beobachtet werden konnte. **Mendelsohn** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich,** Berlin, **D. Finkler,** Bonn, **A. Fränkel,** Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 48. Sonnabend, den 29. November. 1884.

1. **J. Cohnstein** und **N. Zuntz.** Untersuchungen über das Blut, den Kreislauf und die Athmung beim Säugethierfötus.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIV. p. 173—233.)

In dem ersten Abschnitte der Untersuchung behandeln die Verff. das Blut des Fötus und seine Veränderungen durch die Geburt. Das Fötalblut enthält stets weniger rothe Blutkörperchen als das mütterliche; die Differenz ist um so größer, je jünger die Frucht ist, sie ist aber selbst bei reifen ungeborenen Föten noch deutlich. Entsprechend dieser kleinen Zahl rother Blutkörperchen finden die Verff. das Fötalblut auch in der Regel erheblich ärmer an Hämoglobin als das mütterliche. Die über die Zahl der rothen Blutkörperchen beim Neugeborenen angestellten Untersuchungen bringen eine Bestätigung der über diesen Gegenstand bereits bekannten Angaben. Die Zunahme der Zahl der Blutkörperchen beim Neugeborenen wird auch von den Verff. auf den Übertritt von Placentarblut in den kindlichen

Organismus aufgefasst. Auch Bestimmungen der Blutmenge beim Fötus wurden vorgenommen (Methode s. das Original). Dieselbe zeigte sich in weiten Grenzen schwankend, bei Kaninchen zwischen $^1/_{13}$—$^1/_{14}$, bei Meerschweinchen, Hunden und Schafen zwischen $^1/_7$ bis $^1/_{11}$ des Körpergewichts. Wurde auch die in der Placenta enthaltene Blutmenge bestimmt, dann ließ der Gesammtvorrath des Fötus an Blut eine gesetzmäßige Beziehung zum Körpergewicht erkennen. Mit Rücksicht hierauf unterscheiden Verff. beim Kaninchen drei Perioden, welche allmählich in einander übergehen. In der ersten Periode (jüngste Föten) ist in der Placenta procentisch wesentlich mehr Blut, als in der Frucht enthalten. In der zweiten Periode (mittleres Stadium der Entwicklung) gleicht sich die Differenz im Blutgehalte zwischen Fötus und Placenta aus. In der dritten Periode besitzen die lebenskräftigen Föten im Allgemeinen procentisch wesentlich mehr Blut als die Placenten enthalten. Die Schwankungen im Blutgehalte der zu dieser Periode gezählten Früchte führen die Verf. auf die frühe oder späte Abnabelung zurück. Die durch die späte Abnabelung erfolgende »physiologische Transfusion« verläuft beim Neugeborenen ganz so, wie zu einer späteren Zeit des Lebens.

Im zweiten Abschnitte werden Untersuchungen über Kreislauf und Athmung des Fötus mitgetheilt. Die Ausführung kymographischer Versuche konnte bei Schafen ohne Störung der fötalen Cirkulation durchgeführt werden, da sich bei ihnen 2 Nabelarterien und 2 Nabelvenen regelmäßig vorfinden. Wegen des Details dieser Methode so wie wegen der Art und Weise der Untersuchung der fötalen Blutgase muss auf das Original verwiesen werden.

Der arterielle Mitteldruck scheint mit zunehmender Reife des Fötus zu wachsen. Die Pulsfrequenz zeigte sich größer bei den jüngeren Föten (114—210 pro Minute) als bei den ausgetragenen (77—125 pro Minute). Aderlässe bewirkten momentanes Absinken des Druckes, der sich aber, eben so wie beim Erwachsenen, nach kurzer Zeit fast auf das frühere Niveau wieder erhob. Der venöse Druck ist im Fötus, entsprechend der mangelnden Aspiration des Thorax, viel höher als post partum, der niedrigste Werth betrug 16,4 mm, gegenüber 11,4 mm in der Vena crural. des erwachsenen Schafes. Durch den niedrigen arteriellen und den hohen venösen Druck im Fötus wird eine sehr geringe Triebkraft des Blutstromes im ganzen Körper bedingt. Auf Grund dieser geringen Druckdifferenz glauben die Verff. auch, dass die Druckverhältnisse in der fötalen Niere einer stärkeren Sekretion so ungünstig wie möglich sind. Auch für die Erklärung des Icterus neonatorum glauben die Verff. auf die nach der Geburt geänderten Cirkulations- und Druckverhältnisse in der Leber hinweisen zu sollen. Da nämlich nach Beginn der Athmung der Druck in den Venae hepaticae fast auf Null sinkt, so halten es Verff. für sehr wahrscheinlich, dass ein Theil des vorher unter sehr hohem Drucke secernirten Inhalts der Gallenkapillaren in die Vena centralis eintreten könne.

Entsprechend den fötalen Druckverhältnissen fanden Verff. auch beim Fötus eine viel langsamere Stromgeschwindigkeit (Methode s. Original), als in den Gefäßen ähnlichen Kalibers bei erwachsenen Thieren.

Die Untersuchung der Blutgase im fötalen Blute stieß auf die unerwartete Schwierigkeit einer starken O-Zehrung, während dem Blute erwachsener Thiere diese Eigenschaft nur in geringem Maße zukommt. Verff. vermuthen, dass die Ursache dieser Erscheinung in dem großen Gehalte des fötalen Blutes an lebendigen Zellen liegt. Das Blut musste daher sehr rasch (wenige Sekunden nach dem Aderlasse) in das Vacuum geleitet werden. In Fällen, wo diese Bestimmung missglückte, wurde die O-Menge bestimmt, welche das Blut bei der Sättigung mit Luft aufnahm; der wirkliche Gehalt an O lag dann unterhalb dieses Werthes. Den O-Gehalt des fötalen Blutes fanden die Verff. in weiten Grenzen schwankend, das fötale Hämoglobin zeigte sich jedoch in Bezug auf die O-Bindung mit dem erwachsener Thiere identisch. Den CO_2-Gehalt fanden die Verff. im mütterlichen und im fötalen Blute gleich.

Den Gasverbrauch des Fötus bestimmen die Verff. aus der Analyse des Blutes der zu- und abführenden Nabelgefäße. Aus diesen Versuchen berechnen die Verff. den O-Verbrauch des Fötus etwa 4mal geringer, als bei seiner Mutter. Auf diesen relativ geringen Stoffwechsel des Fötus wiesen schon die eigenthümlichen Druckverhältnisse im fötalen Kreislauf hin. **Löwit** (Prag).

---

2. J. Cohnstein. Blutveränderung während der Schwangerschaft.

(Pflüger's Archiv Bd. XXXIV. p. 233—236.)

Im Anschluss an die vorige Arbeit hat Verf. die Zahl, Größe und den Hämoglobingehalt der Blutkörperchen bei trächtigen Schafen untersucht. Er findet in Übereinstimmung mit älteren Angaben eine Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen bei trächtigen Thieren. Nicht trächtige Schafe hatten im Mittel 12 090 000 Blutkörperchen im cmm, gegen 9 742 000 bei trächtigen Thieren. Trotz dieser Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen fand sich aber im Blute trächtiger Thiere eine Zunahme des Hämoglobingehaltes (7,8 % bei trächtigen Thieren gegen 5,5 % bei nicht trächtigen). Der Hämoglobingehalt des einzelnen Blutkörperchens muss also bei trächtigen Thieren größer sein als bei nicht trächtigen. In Übereinstimmung hiermit fand auch Verf. den Durchmesser der rothen Blutkörperchen bei trächtigen Thieren vergrößert (6,3 gegen 4,9 μ). Hierdurch erscheint der Ausfall der Menge der rothen Blutkörperchen bei trächtigen Thieren reichlich gedeckt. **Löwit** (Prag).

---

3. **Rosenbach** (St. Petersburg). Über die Pathogenese der Epilepsie.

(Virchow's Archiv Bd. XCVII. Hft. 3.)

Verf. reizte an Hunden die Hirnrinde lokal oder nach Entfernung derselben (Paquelin, Auslöffeln) die darunter liegenden Marklager mit dem Schlittenapparat und beobachtete Folgendes:

Bei (resp. nach) schwachen Strömen traten zuerst Tetanus, dann leichte Zuckungen der entsprechenden Extremität auf. Bei stärkerer Reizung dehnen sich die Krämpfe allmählich auf andere Muskelgruppen derselben Seite und zwar gesetzmäßig entsprechend der Topographie der Centren aus. Krampft die ganze Seite, gehen die Konvulsionen meist auch auf die andere Seite über, dabei tritt Bewusstseinsverlust mit Pupillenstarre ein. Allmählich klingt der Anfall unter Hallucinationen ab.

Gleich nach dem Anfall ist die Erregbarkeit der Rinde erhöht, etwas später herabgesetzt.

Wird die Hirnrinde fern ab von den motorischen Centren gereizt, so treten erst bei starken Strömen allgemeine Konvulsionen auf, aber nur, so lange die motorischen Centren nicht exstirpirt sind.

Circumscripte Zerstörungen der Rinde während des Anfalls sind ohne bestimmten Erfolg, wird dagegen das ganze motorische Feld zerstört, so hören die Krämpfe der gegenüber liegenden Seite auf. Reizung der unterhalb eines abgetragenen Centrums liegenden Marksubstanz setzt nur Bewegungen während der Reizung, aber nie einen epileptischen Anfall — unter den nichtmotorischen Rindenzonen ist die weiße Substanz überhaupt unerregbar.

Vom verlängerten Mark aus — auch nach Durchschneidung — konnte Verf. nur Zuckungen während der Reizung, aber keinen epileptischen Anfall erzeugen.

Demgemäß lehnt Verf. die medulläre Theorie ab und erklärt die Epilepsie für das Resultat funktioneller Erregung der corticalen Bewegungscentren.

Je nachdem schwache oder starke Ströme angewandt werden, entspricht der Erfolg mehr dem Bilde der partiellen (corticalen, Jackson'schen) oder mehr dem der allgemeinen (idiopathischen) Epilepsie beim Menschen — ein wesentlicher Unterschied existirt pathogenetisch nicht. Auch die Thatsache, dass gerade die an petit mal-Anfällen leidenden Epileptischen zu Geistesstörungen neigen, verwerthet Verf. für die Annahme, dass die Epilepsie eine primäre Affektion der Großhirnhemisphären ist — die Aura eines haut mal-Anfalles entspricht der isolirten Erregung eines Rindencentrums, die sich dann auf die übrigen ausdehnt.

Thomsen (Berlin).

---

4. **H. Schulz.** Über die Giftigkeit der Phosphor-Sauerstoffverbindungen und über den Chemismus der Wirkung unorganischer Gifte.

(Archiv für exp. Path. u. Pharm. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 174.)

Die verschiedenen Oxydationsstufen des Phosphors sind merkwürdigerweise theils recht giftig, theils ganz ungiftig. S. glaubt annehmen zu können, dass die Salze der Phosphorsäure und der unterphosphorigen Säure nur desshalb ungiftig sind, weil sie »den Sauerstoff in gerader Zahl der Atome an sich tragen«; die übrigen sollen im Körper zur Entstehung von O_1 Anlass geben und desshalb deletär wirken. Dieselbe Erklärung wird beigezogen um die Giftigkeit des Natriumnitrits, des freien Phosphors, der Salze des Arsens, Eisens, Mangans, Chroms, Bleis, Silbers, Goldes, Quecksilbers, Platins, Baryts, Zinns, Zinks, Wismuths etc. zu erklären.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

5. **John B. Haycraft** (Birmingham). Über die Einwirkung eines Sekretes des officinellen Blutegels auf die Gerinnbarkeit des Blutes.

(Archiv f. exper. Path. u. Pharm. Bd. XVIII. p. 209.)

H. zeigt in dieser Arbeit, dass der Blutegel in seinem Munde eine Flüssigkeit secernirt, welche das Blutferment zerstört, ohne sonst irgend wahrnehmbare Veränderungen des Blutes zu veranlassen. Warmblütigen Thieren injicirt brachte dieses Sekret nur geringe Störungen hervor und wurde durch die Nieren wieder ausgeschieden. Auf Kaninchen und Hunde wirkte es in gleicher Weise ein; auf Crustaceenblut war es ohne Einfluss. Die Gerinnung von Milch kann durch dasselbe nicht gehindert werden; die von Myosin beschleunigt es etwas, eben so auch den Eintritt der Todtenstarre.

Ref. erinnert daran, dass nach A. J. Wall[1] das Gift sämmtlicher Vipern gleichfalls die Gerinnbarkeit des Blutes aufhebt.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

6. **G. Bufalini.** Action antiseptique des principes biliaires.

(Arch. ital. de biol. T. V. p. 374.)

Gelegentlich früherer Untersuchungen über die schon von verschiedenen anderen Autoren diskutirte Frage nach den antiseptischen Eigenschaften der Galle hatte B. gefunden, dass sich die Galle in Berührung mit Hefe unter Entwicklung von Kohlensäure und anderer brennbarer Gase zersetzt. Die Zersetzung ist bedingt durch die Anwesenheit von Schleim; denn Lösungen von krystallisirter Galle werden so gut wie nicht verändert. »Die Galle, wie sie sich in das Duodenum ergießt, hat also nicht, wie manche Physiologen behaupten,

---

[1] Indian snake poisons, their nature and effects. London 1883, bei W. H. Allen.

die Fähigkeit die Fäulnisprocesse im Darm zu verhindern. Sie ist im Gegentheil eine derjenigen thierischen Flüssigkeiten, die sich mit der größten Leichtigkeit zersetzen.« Neuerdings haben Maly und Emich gefunden, dass reine Taurocholsäure in 0,5%iger, Glykocholsäure in 1%iger Lösung gewisse fermentative Processe zu verhindern im Stande ist. B. theilt nun eine Anzahl neuer Versuche mit, wonach Galle und gallensaure Salze die alkoholische Gährung des Traubenzuckers nicht verhindern, die Glykochol- und Taurocholsäure so wie deren Natriumsalze, ferner Cholalsäure und Taurin die durch Pankreas eingeleitete Fäulnis verzögern sollen. B. modificirt desshalb seine früheren Anschauungen und nimmt jetzt an, dass sich zwar die unveränderte Galle als solche im Darmkanal zersetzt, aber besonders ihre Spaltungsprodukte, die Cholalsäure und das Taurin, antiseptische Eigenschaften zu entfalten vermögen. Wunderbarerweise führt B. selbst zwei Versuche an, welche den mit reiner Glykochol-, Taurochol- und Cholalsäure angestellten Experimenten, sofern sie eine specifische Wirkung dieser Stoffe beweisen sollen, jegliche Beweiskraft nimmt: die Wirksamkeit der Cholalsäure, der am stärksten von diesen dreien vorkommenden Säure, ist geringer, als die Wirkung einer äquivalenten Menge Salzsäure. Es bliebe dann, nach Eliminirung der mit den Säuren selbst angestellten Experimente, nur ein Versuch, wo bei Zusatz von taurochol- und glykocholsaurem Natrium die Fäulnis im Pankreasinfus später eintrat, als in der betreffenden Kontrollprobe. Könnte hier nicht aber ein Versuchsfehler vorliegen? Es könnten z. B. in den verschiedenen Theilen des »frischen« Pankreas verschiedene Mengen von Fett vorhanden gewesen sein, welche bei der Zersetzung in den verschiedenen Proben verschiedene Mengen von Fettsäuren geliefert und dadurch einen verschiedenen Verlauf der Fäulnis bewirkt hätten. **F. Röhmann** (Breslau).

---

7. **R. v. Jaksch.** Weitere Beobachtungen über Acetonurie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VIII. Hft. 1 u. 2. p. 115—154.)

Behufs endgültigen Entscheides über die Berechtigung der Einwände, welche Penzoldt (Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIV; s. auch dieses Centralblatt 1884 p. 208) und le Nobel (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1883) auf Grund eigener Beobachtungen den Mittheilungen des Verf. über Acetonurie (Zeitschrift für klin. Medicin Bd. V) gemacht, hat es sich der letztere angelegen sein lassen, zunächst die in Frage kommenden Methoden zum Nachweis des Acetons vergleichend unter Verwendung bestimmter Acetonlösungen auf ihre Empfindlichkeit zu prüfen. Es zeigte sich, dass hierbei die Lieben'sche Jodoformprobe die größte Empfindlichkeit besitzt, in so fern sie noch 0,01 mg Aceton sofort erkennen lässt. Fast dieselbe Schärfe zeigte die Gunning'sche Modifikation der genannten Probe (Zusatz von Ammoniak statt fixen Alkalis) und die Quecksilberoxydprobe von Reynolds, während die Legal'sche (auch direkt auf den Harn anzu-

wendende) Nitroprussidnatriumprobe und die entsprechende Ammoniakmodifikation von le Nobel sich ungleich weniger empfindlich erwiesen. Die letzte Stelle in Bezug auf Empfindlichkeit nahm die Penzoldt'sche Orthonitrobenzaldehydprobe ein, in so fern die Indigoreaktion bereits versagte, wenn die Acetonmenge weniger als 1,6 mg betrug. Nur die Lieben'sche Probe giebt von den genannten sechs eine Alkoholreaktion, die indess viel weniger empfindlich, als die des Acetons ausfällt.

Was die Untersuchung des Harns auf Aceton mit den verschiedenen Proben anlangt, so ergab sich bei der vergleichenden Verarbeitung der Harne von 64 Kranken (die Details sind im Original einzusehen), dass überall da, wo die Lieben'sche Probe intensiv ausfiel, auch die übrigen Reaktionen in intensiver Weise beantwortet wurden. Ein der Empfindlichkeit der Proben entsprechender Unterschied in der Stärke der einzelnen Reaktion wurde nicht deutlich, da die Acetonmengen zu weit der Grenze der Nachweisbarkeit abseits lagen. Hingegen gab vielfach die Nitroprussidnatriumprobe, insbesondere diejenige von le Nobel, eine intensivere Reaktion als die Jodoformprobe, welchen Umstand J. mit der Gegenwart von — mit Nitroprussidnatrium die gleiche Reaktion wie das Aceton gebendem — Parakresol im Destillate erklärt. Mit Rücksicht auf die übereinstimmenden Resultate der 4 übrigen Acetonproben (die häufig früher versagten, als die Jodoformreaktion) erachtet sich Verf. nach wie vor als zur Annahme berechtigt, dass die Lieben'sche Probe im Harndestillat vom Aceton bedingt sei, um so mehr, als eine Betheiligung des Alkohols schon desshalb ausgeschlossen sei, weil die anderen Proben mit diesem Körper keine Reaktion gäben.

Weiter suchte Verf. über das Verhältnis des Acetons zur Acetessigsäure im Harn Aufschlüsse zu erhalten. Bei der Extraktion acetonreichen, aber acetessigsäurefreien, sofort gekühlten Harns mittels reinsten Äthers nach vorgängigem Zusatz von Schwefelsäure, Kalilauge, oder ohne jeden Zusatz wurde stets (in der wässrigen Lösung des Ätherauszugs) Aceton nachgewiesen. Also ist das letztere im Harn weder in einer Verbindung mit den Eigenschaften einer Säure, noch einer solchen mit denjenigen einer Basis enthalten, sondern wahrscheinlichst als solches. Sicher stammt es nicht aus der Acetessigsäure im Harn; der ätherische Auszug sofort gekühlten Harns mit Acetessigsäurereaktion enthält kein Aceton; anders wenn sich die Säure nach mehrtägigem Stehen zersetzt hat. Jedenfalls ist zwischen dem Auftreten von Aceton und Acetessigsäure im Harn nicht nur klinisch, sondern auch chemisch zu unterscheiden.

Rücksichtlich der »gegentheiligen Angaben« führt Verf. auf eine im Auszug nicht wiederzugebende Weise aus, dass die Penzoldtschen und le Nobel'schen Befunde im Grunde von den seinigen nicht abwichen, in so fern geringere Empfindlichkeit der Indigoprobe einerseits, und Parakresolreaktion andererseits in Betracht kämen. Dass le Nobel Acetessigsäure je unter der Hand gehabt, bezweifelt J.

Endlich fand Verf. an der Hand z. Th. sinnreicher Methoden das Aceton im Fieberblut (auch hier ist es nicht an eine Säure oder Basis gebunden, sondern als solches vorhanden) und mit gewisser Wahrscheinlichkeit auch in den Exhalationen fiebernder Kranker, im Mageninhalt und in den Fäces, nimmt aber selbstverständlich davon Abstand, diese Befunde für Spekulationen über den Ort und die Art der Acetonbildung zu verwerthen.

Ein »Nachtrag« enthält polemische Bemerkungen, hervorgerufen durch die Abweichungen des Inhalts der deutschen Bearbeitung des Aufsatzes von le Nobel (Archiv für exp. Path. u. Pharm. Bd. XVIII) gegenüber demjenigen des holländischen Originals.

Fürbringer (Jena).

---

8. **Grassi.** Contribuzione allo studio del bacillo-virgola.

(Gaz. degli ospit. 1884. No. 77 u. 78.)

Während in Deutschland selbst politische Zeitungen sich beeilen jede sog. »Entdeckung« zu veröffentlichen, welche geeignet erscheint den Koch'schen Kommabacillus zu diskreditiren, ist es von besonderem Interesse, das Urtheil eines Italiäners zu hören.

G. wollte sich Angesichts der nach Italien eindringenden Cholera über den Werth und die Bedeutung der Koch'schen Entdeckung Gewissheit verschaffen. Er begab sich daher, begleitet von Dr. Ferrario und Dr. Beretta, Anfang August sowohl nach Berlin zu Koch, als auch nach Paris zu Pasteur und seinen Schülern, ferner nach Marseille etc. Das Resultat dieser Forschungs- resp. Orientirungsreise ist in kurzen Worten das: Die Koch'schen Befunde und Angaben sind von A bis Z richtig und durch keinen der bisher gegen sie erhobenen Einwände oder Gegenbefunde irgend wie erschüttert. Speciell die von französischer Seite gegen Koch mit so viel Eklat versuchten Widerlegungen werden von G. in vernichtender Weise zurückgewiesen. G. erzählt, Roux in Paris habe selber eingeräumt, dass er und Strauss den Kommabacillus in allen Cholerafällen gefunden hätten, sobald sie sich der von Koch angegebenen Methoden bedient hätten, dass sie (Strauss und Roux) ihren negativen Befunden keinen Werth beilegen, dass sie dem Kommabacillus bei der Cholera eine sehr große Bedeutung zusprechen. Roux wiederholte G. gegenüber »a viva voce«, auch er halte es für wahrscheinlich, dass der Kommabacillus die Ursache der Cholera sei. Kurzum G. ist nach Italien zurückgekehrt mit der festen Überzeugung, dass es keine Cholera ohne Kommabacillus giebt.

G. hat nun weiter eigene Untersuchungen an den Cholerafällen in Italien angestellt. In allen (5) von ihm geprüften Fällen konnte er den Kommabacillus nachweisen. G. hat in Paris von Strauss angefertigte Präparate aus leukorrhoischem Sekret gesehen, welche zwar dem Kommabacillus ähnliche aber doch nicht schwer zu unterscheidende Gebilde enthielten. G. hat selbst in den Fäces bei einfacher Diarrhöe Bacillen gefunden, die dem Kommabacillus ähnlich,

aber doch nicht völlig gleich aussehen[1]. So beobachtete G. in Ventimiglia einen Soldaten, welcher aus dem mit Cholera inficirten Seborga kam. Er litt an sehr heftiger Diarrhöe; in den reiswasserartigen Stühlen fanden sich Bacillen, sehr ähnlich den Koch'schen, aber sie waren etwas länger und dünner, ferner zeigten sich zahlreiche lange, in der Mitte etwas verdickte Spirillen, schließlich gelang es nicht, diese Bacillen zu kultiviren, wesshalb G. diesen Fall nicht für Cholera asiatica erklärte. Andererseits fand G. den Kommabacillus bei einem Soldaten, welcher an einer verhältnismäßig leichten, nach 20 Tagen in Genesung übergehenden Choleradiarrhöe erkrankte.

G., Dr. Vivanti und Dr. Beretta haben folgendes Experiment gemacht um nachzuweisen, dass der Kommabacillus durch Austrocknen getödtet und unschädlich wird. Ein Deckgläschen wurde mit einem Flöckchen aus einer Dejektion bestrichen, die Millionen von Kommabacillen enthielt. Dieses Präparat wurde 4 Tage lang trocken erhalten, dann mit der Nadel die trockene Masse etwas losgekratzt und nun von den 3 Ärzten mit der Zungenspitze berührt, ohne dass einer von ihnen später irgend welche schädliche Wirkung verspürte.

Schließlich hat G., der schon früher (s. dieses Centralblatt 1883 p. 837) auf die Fliegen als Verbreiter der Infektionskeime hingewiesen hat, beobachtet, dass Fliegen, deren Zahl in Choleraorten (Treviglio, Murscilli) durchaus nicht vermindert ist, sich auf Choleradejektionen niederlassen und G. konnte an dem Bauche, den Flügeln etc. solcher Fliegen Kommabacillen nachweisen. Durch die Mitwirkung der Fliegen als Träger des Cholerapilzes, glaubt G., würden sich mannigfache räthselhafte Übertragungen der Cholera erklären lassen.

Kayser (Breslau).

---

9. **Heitler** (Wien). Einige Beiträge zur physikalischen Semiotik.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 37.)

I. Einseitiges Knisterrasseln bei akuter Miliartuberkulose.

Verf., der bereits vor mehreren Jahren auf ein, gewöhnlich zuerst in den oberen Lungenpartien plötzlich auftretendes Knisterrasseln, als Symptom einer beginnenden akuten Miliartuberkulose, aufmerksam gemacht hat, beobachtete 3 Fälle dieser Erkrankung, bei welchen das Knisterrasseln nur auf einer Seite zu hören war.. Bei der Obduktion zeigten sich zwar beide Lungen gleichmäßig von Tuberkeln durchsetzt, doch fanden sich auf der Seite, über welcher intra vitam kein Knisterrasseln zu hören war, in allen 3 Fällen ausgedehnte pleurale Verwachsungen vor. Verf. findet in Folge dessen einen kausalen Zusammenhang zwischen diesen Verwachsungen und dem Fehlen des

[1] G. glaubt, dass diese bei einfacher Diarrhöe vorkommenden, den echten Kommabacillen ähnlichen Mikroben vielleicht acclimatisirte und zu minder deletären Formen umgewandelte Bacillen seien.

Knisterrasselns und zwar in der Weise, dass durch die Verwachsungen der Pleurablätter die Ausdehnung der peripher gelegenen Alveolen gehindert war und somit auch das in Frage stehende auskultatorische Phänomen nicht zu Stande kommen konnte.

II. Über das Verhalten des Pektoralfremitus bei mittelgroßen pleuritischen Exsudaten.

Verf. glaubt besonders darauf aufmerksam machen zu müssen, dass häufig bei mittelgroßen pleuritischen Exsudaten die ganze Partie oberhalb der Dämpfung entsprechend der komprimirten, der Thoraxwand anliegenden Lunge einen verstärkten Pektoralfremitus gäbe und weist er auf dieses Symptom für die Differentialdiagnose zwischen Pleuritis und Pneumonie hin. (Es scheint uns, als ob trotz der gegentheiligen Behauptung des Verf.s, der Werth dieses Symptomes in den einschlägigen Lehrbüchern bereits in das richtige Licht gestellt sei. Ref.)

Leubuscher (Breslau).

---

10. Solis Cohen. On the prognostic value of the local manifestations observed in tuberculosis of the larynx.

(Med. news 1884. Aug. 23.)

Verf. erörtert die Frage, ob es möglich ist, die sich am Kehlkopf in so verschiedener Weise äußernden tuberkulösen Erkrankungen prognostisch von einander zu unterscheiden, und beantwortet diese Frage in positivem Sinne. Er stellt im Wesentlichen 2 Typen von tuberkulösen Kehlkopfaffektionen auf, deren eine, als Begleiterscheinung meist rasch zur Verkäsung führender Lungenerkrankungen auftretend, sich durch ihren gleichfalls sehr kurzen Verlauf auszeichnet; obwohl in diesen Fällen die Kehlkopfaffektionen sekundär sind, können sie doch schon mehrere Wochen früher, als es gelingt, physikalische Veränderungen in den Lungen nachzuweisen, in die Erscheinung treten. Die Kehlkopferkrankung beginnt mit starker Hyperämie der gesammten Kehlkopfschleimhaut, wozu sich bald kleine, allmählich an Umfang und Tiefe zunehmende, mit eitriger Sekretion einhergehende Ulcerationen gesellen. Auf die Epiglottis beschränkte Ulcerationen sollen dabei auf ungewöhnlich schnellen Verlauf der Krankheit hinweisen, im Gegensatz zu den das Kehlkopfinnere betreffenden Substanzverlusten. Im Übrigen ist die Prognose von der Schnelligkeit, mit welcher sich die Geschwüre ausbreiten, abhängig; im Allgemeinen schwankt der Verlauf dieser Fälle zwischen 6 und 18 Monaten, vom ersten Einsetzen der laryngealen Erscheinungen gerechnet.

In einer zweiten Reihe von Fällen, welche sich über 2—4 und mehr Jahre hinziehen können und sich zu meist schleichend verlaufenden tuberkulösen Lungenerkrankungen gesellen, ist die erste im Kehlkopf auftretende Veränderung, im Gegensatz zu den eben besprochenen, eine auffallende Blässe. Nach längerer Zeit entwickeln sich, ohne dass man Substanzverluste nachweisen kann, diffuse Infiltrationen, welche, sowohl die scharfen Ränder der ary-epiglottischen

Falten, als auch die falschen und wahren Stimmbänder und die Interarytänoidealgegend betreffend, zu unregelmäßiger Verdickung dieser sonst durch ihre scharfen Konturen ausgezeichneten Theile führt. Zuweilen participirt auch die Epiglottis an diesen Zuständen und sie kann dabei so verdickt werden, dass, zumal bei gleichzeitiger Infiltration der ary-epiglottischen Falten, die Besichtigung des Kehlkopfinneren unmöglich wird. Nicht zu ausgedehnte Ulcerationen können in diesen Fällen entweder lange Zeit konstant bleiben oder gelegentlich sogar vernarben.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

11. **Crothers.** A study of inebriety coming from injuries of the head and body.

(Med. news 1884. Aug. 23.)

Verf. kommt auf Grund einer größeren Zahl von Beobachtungen (67), bei denen es sich um Ausbruch von Trunksucht nach Kopfverletzungen gehandelt hat, zu nachstehenden Schlussfolgerungen.

Trunkfälligkeit verdankt häufig ihre Entstehung Verletzungen, speciell solchen des Kopfes. Diese Fälle sind durch den plötzlichen Ausbruch des Leidens, den hohen Grad, welchen dasselbe sehr rasch erreicht und die Neigung desselben, in chronische alkoholische Zustände überzugehen, besonders gekennzeichnet; dabei sind fast in allen Fällen komplicirte physische und psychische, auf eine allgemeine tiefe Erkrankung des Gehirns und der Nervencentren hinweisende, Symptome vorhanden. Die einzelnen Fälle zeigen in ihrem Krankheitsverlauf nur sehr wenige Abweichungen und Verschiedenheiten. Bei der Genese der betreffenden Krankheitsfälle spielen Heredität, vorangegangener mäßiger Genuss von Spirituosen und gewisse Neigungen zu Unregelmäßigkeiten im Leben eine Rolle; diese Momente sind als prädisponirende aufzufassen, welche die Bahn für die schließliche Entwicklung der Trunkfälligkeit ebenen, so dass es nur des Anstoßes einer äußeren Verletzung bedarf, um diese zum Ausbruch gelangen zu lassen. Die Prognose ist ernst. Die Behandlung von geringem Einfluss, wenn sie nicht für jeden Fall angepasst ist und sich auf genügend lange Zeit erstreckt. Pat., welche nervös hereditär belastet und im Genuss der Spirituosen selbst mäßig sind, laufen Gefahr nach geringen Veranlassungen der Trunksucht zu verfallen, desshalb sollte in der Jetztzeit der Alkohol wie ein Medikament zurückgehalten werden.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

12. **Cahn** (Straßburg i|E.). Über Antipyrin und Antipyrinexanthem.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 36.)

Das Antipyrin wurde bei den verschiedensten akut fieberhaften Krankheiten und bei Phthisis pulmonum in Einzeldosen von 1—3 g gegeben und konstatirt, dass dieses Mittel ein sicheres und von un-

angenehmen Nebenwirkungen relativ freies Febrifugum ist. Einige Male ging die Entfieberung, besonders bei Phthisikern, mit stärkerer Schweißsekretion einher, doch war dieselbe nie so reichlich, wie beim Kairingebrauch. Eine Gewöhnung an das Mittel trat nicht ein, so dass es über 14 Tage andauernd gegeben werden konnte.

Die Spannungszunahme des Pulses ließ sich durch die sphygmographische Untersuchung nachweisen.

Bei mehreren Typhösen und bei einer Phthisika traten unter dem Antipyringebrauch Erytheme auf, wie sie beim Gebrauch von Chinin entstehen, ohne dass dieselben eine Belästigung für den Kranken brachten. Bei einer Typhuskranken stellte sich 2 Tage nach Verschwinden des Ausschlags eine leichte kleienförmige Abschilferung ein, welche 6 Tage anhielt. **Seifert** (Würzburg).

---

13. **Naegeli** (Rio de Janeiro). Über die Behandlung des gelben Fiebers mit Kairin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 36.)

In 7 Erkrankungsfällen an gelbem Fieber wurde Kairin von Beginn an verordnet und es war auch in den 5 schweren Erkrankungen ein überraschend günstiger Erfolg erzielt worden. So lange die Temperatur erhöht war, gab N. stündlich 1,0, später stündlich 0,5 um das Wiederansteigen der Temperatur zu verhüten. Selbst schwarzes Erbrechen erschien nicht als Kontraindikation gegen den Fortgebrauch des Kairin, sofern das Fieber es verlangte. Außer kühlem und später etwas geeistem Getränk erhielt der Kranke keine Nahrung. Von dem wohlthätigen Einfluss auf das Nervensystem zeugte das Gefühl von Wohlbefinden, die Abwesenheit von Delirien und der reichliche Schlaf. Die Rekonvalescenz nach dieser Behandlung war eine kurze, der Appetit stellte sich meist schon vor dem gänzlichen Nachlass des Fiebers ein. **Seifert** (Würzburg).

---

14. **F. Taenzerles.** Praktische Erfahrungen bei der Behandlung der Diphtheritis.

(Wiener med. Presse 1884. No. 34.)

T. ging bei der Behandlung der Diphtheritis im allgemeinen Krankenhause in Prag ursprünglich von der Absicht aus, den Pilz der Diphtherie durch Touchirungen von Lapis zu zerstören und wandte desshalb bei jeder Diphtheritis theils Touchirungen mit einer ziemlich koncentrirten Lapislösung oder mit dem Lapisstifte an. Oberflächliche Touchirungen sind indessen ganz zwecklos und tiefergehende haben, abgesehen von der bedeutenden Schmerzhaftigkeit, eine entzündliche Reaktion mit rascherer Fortpflanzung der diphtheritischen Erkrankung auf bisher noch nicht afficirte Partien zur Folge.

Desshalb wandte sich T. der folgenden Behandlungsweise zu, mit welcher er eine große Anzahl von an Diphtheritis erkrankten

Kindern zur Heilung gebracht hat. Drei- bis viermal des Tages wird versucht, mittels eines mit der Pincette gefassten Wattestückchens die fest anhaftenden Membranen zur Loslösung von der Schleimhaut zu bringen; nachher werden Ausspritzungen mit Chlorkalilösungen angewandt, welche auch durch die Nase vorgenommen werden, um durch den Hustenreiz, welchen sie veranlassen, ein früheres Flottwerden der Membranen zu erzielen. Dem Kräfteverfall ist durch passende Verabfolgung von Wein zuvorzukommen; im Beginn der Erkrankung sind kalte Umschläge auf den Hals zu appliciren; so wie Eisstückchen zeitweise zu verabfolgen. Gegen das Fieber Chinin, jedoch nicht in großen Dosen.

Mendelsohn (Berlin).

---

15. **Carl Friedländer.** Mikroskopische Technik zum Gebrauch bei medicinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Zweite Auflage.

Berlin, **Th. Fischer,** 1884.

16. **R. Bonnet.** Kurzgefasste Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung thierischer Gewebe.

München, **M. Rieger**'sche Univ.-Buchhandlung, 1884.

Das Buch F.'s kann wohl von der ersten Auflage her als allgemein bekannt vorausgesetzt werden. Es sei daher nur erwähnt, dass die zweite Auflage alle inzwischen eingetretenen wesentlichen Bereicherungen der mikroskopischen Untersuchung enthält, wie die Lithionkarminfärbung Orth's, die Rückenmarksfärbung Weigert's, die Gram'sche Bakterienfärbung, die Celloidineinbettung etc. Das kleine Werk kann somit von Neuem als eine kurzgedrängte, aber alles praktisch Wichtige zusammenfassende Darstellung der modernen mikroskopischen Technik betrachtet werden.

Der Inhalt des B.'schen Buches ist ein wesentlich anderer. Es wird zunächst die Untersuchung der einzelnen Gewebe, dann der verschiedenen Organe besprochen, immer mit besonderer Berücksichtigung der einfachsten Untersuchungsmethoden; von den feineren Methoden sind nur einzelne, diese aber vollständig erschöpfend behandelt. Pathologische Verhältnisse sind nicht berücksichtigt. Wir glauben, dass das Werk seinen Zweck »dem Anfänger den einfachsten und sichersten Weg zu zeigen, auf dem er, auch privatim, sich den ersten eigenen, allgemeinen Überblick bei Untersuchungen thierischer Gewebe verschaffen kann«, sehr wohl zu erfüllen im Stande ist.

Strassmann (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

17. L. Réthi. Zur Kasuistik der Laryngitis haemorrhagica.

(Wiener med. Presse 1884. No. 36 u. 37.)

Es wurden zu gleicher Zeit auf der Schnitzler'schen Klinik zwei analoge Fälle von Laryngitis haemorrhagica beobachtet. In dem ersteren ergab die laryngoskopische Untersuchung eines an profusem Nasenbluten leidenden Mannes, dessen Körper mit Ekchymosen von Hirsekorn- bis Linsengröße in den verschiedensten Stadien bedeckt war, in der Schleimhaut der Aryknorpel, in den ary-epiglottischen Falten, in den Stimmbändern einzelne, theils hell- theils dunkelrothe Blutextravasate, welche sich auch zahlreich in der Luftröhrenschleimhaut vorfanden. In der stark gerötheten und wenig geschwellten Schleimhaut der Nase wurden stellenweise Blutaustritte, dagegen keine Rissstellen oder Kontinuitätstrennungen konstatirt. Der zweite Fall betrifft einen Pat., der an Lebercirrhose, Lungentuberkulose und hämorrhagischer Pleuritis litt. Auch dieser hatte häufig profuses Nasenbluten und zeigte ein ähnliches laryngoskopisches Bild; namentlich in beiden Stimmbändern, die aufgelockert und stellenweise epithelverlustig erschienen, zeigten sich unter dem Epithel durchscheinend hellrothe Extravasate ganz frischen Ursprungs. Der erstere der beiden Fälle wird von R. als Morbus maculosus Werlhofii angesprochen, der andere als allgemeine Hämophilie gedeutet. Außerdem wird eine Reihe von Fällen angeführt, welche Schnitzler beobachtet hat und in denen Stimmbandblutung durch Überanstrengung der Stimme veranlasst worden ist; die meisten derselben betreffen Sängerinnen, welche einen hohen Ton lange auszuhalten haben und dabei plötzlich ihre Stimme verlieren.

Mendelsohn (Berlin).

18. John Ferguson (Toranto, Canada). Peripheral paraplegia.

(Med. news 1884. April.)

Verf. hat einige Fälle beobachtet, die in Verlauf und Symptomen wesentlich übereinstimmenden Charakter darboten. Beginn, nicht nach Erkältung, mit Parästhesien in den Extremitäten, Schwächegefühl, raschere oder langsamere Entwicklung motorischer Schwäche bis zu hochgradiger Parese in paraplegischer Form, entweder in den unteren allein, oder in allen 4 Extremitäten, mehr subjektive als objektive Sensibilitätsstörungen, öfter Gürtelgefühl und mehr oder minder ausgesprochene Lähmungserscheinungen der Blase. Ausgang stets Genesung. In einem Fall wird Fehlen der Patellarreflexe angegeben; über elektrische Erregbarkeit, event. Muskelatrophien und manche sonstige wichtige Dinge schweigt die Mittheilung. Die Ansicht des Verf.s, dass es sich in solchen Fällen um ursprünglich periphere neuritische Affektionen handle, die allerdings in sekundärer Weise auch das Rückenmark ergreifen könnten, hat daher keinen besonderen Werth.

Eisenlohr (Hamburg).

19. Mitchell. Unilateral swelling of hysterical hemiplegia.

(Amer. journ. of med. sciences 1884. Juli.)

In drei Fällen von Hysterie resp. Hystero-Epilepsie fand Verf. eine passagere, mehr oder weniger regelmäßig auftretende Schwellung entweder eines Beines allein, oder aber beider Extremitäten einer Seite (vielleicht auch der Mamma und des Abdomens bei freibleibendem Gesicht), die durch das Maß deutlich nachweisbar war. Da einerseits ein wirkliches Ödem fehlte, die Schwellung auch beim Gehen und Stehen nicht zunahm, vielmehr ganz plötzlich auftrat und verschwand, und da andererseits die Erscheinung vorzugsweise konstatirt wurde vor resp. bei den Menses und im Anschluss an psychische Erregungen resp. an einen hysterischen Anfall, so bezieht Verf. das Phänomen direkt auf das Centralnervensystem. Erwähnt zu werden verdient, dass in zwei Fällen die Schwellung auf derjenigen Seite sich zeigte, wo auch sonst eine Hemianästhesie resp. Hemiparese bestand.

Thomsen (Berlin).

20. **Krüche.** Die Pseudotabes der Alkoholiker.

(Deutsche Medicinalzeitung 1884. No. 72.)

Verf. beobachtete 17 Fälle von »Pseudotabes« bei Alkoholisten, in denen allen sämmtliche Symptome bis auf eine gewisse lähmungsartige Schwäche verschwanden, als die Entziehungskur eingeleitet wurde. Die konstanten Symptome waren fast dieselben, wie die der Tabes: Westphal'sches Zeichen, Ataxie, Anästhesie, lancinirende Schmerzen, Pupillendifferenz, Gelenkanschwellungen, dagegen fehlte der Gürtelschmerz stets.

In 3 Fällen konstatirte Verf. eine Sehnervenatrophie (zugleich bestanden »Innervationsstörungen am Auge« — über die Reaktion der Pupillen fehlen Angaben, Ref.).

In den meisten Fällen von Pseudotabes fehlen dabei die Zeichen des chronischen Alkoholismus, auch wird die Ataxie durch Alkohol nicht gebessert, sondern verstärkt.

Differentialdiagnostisch hebt Verf. noch hervor, dass bei der alkoholischen Pseudotabes die faradische Erregbarkeit der Adductoren herabgesetzt ist, bei hochgradiger Muskelhyperästhesie.

Verf. räth, in allen zweifelhaften Fällen von Tabes, besonders beim weiblichen Geschlecht, auf chronischen Alkoholismus zu fahnden. **Thomsen** (Berlin).

21. **Ball.** Folie gémellaire.

(Gaz. des hôpitaux 1884. No. 112.)

Unter dem Einfluss eines unglücklichen Ereignisses (Tod des Mannes resp. Schwagers), welches Beides sehr erschüttert, erkranken zwei Zwillingsschwestern, die sich in hohem Grade physisch und psychisch ähnlich und unter einander innig befreundet sind, psychisch und zwar fast zu gleicher Zeit, die zweite vier Tage später als die erste. Bei Beiden ist die Psychose ein akut einsetzendes mystisch-religiöses Delir, mit lebhaften Hallucinationen, Größenideen, heftiger Erregung und Neigung zu triebartigen gewaltthätigen Handlungen.

Zu gleicher Zeit — nach 6 Monaten — werden Beide ruhig, bei Beiden ist die Heilung eine unvollständige.

Verf. erklärt die fast photographische Gleichheit der Psychose bei beiden Kranken daraus, dass die gleiche schädliche Ursache — »un véritable traumatisme moral« — bei a priori psychisch ähnlich veranlagten Individuen wirksam wurde.

Thomsen (Berlin).

22. **G. Tizzoni.** Altérations histologiques du bulbe et des pneumogastriques qui déterminent le phénomène de Cheyne-Stokes.

(Arch. ital. de biol. T. V. p. 226—247.)

Verf. hatte Gelegenheit die Nn. vagi und die Med. oblongata in 2 Fällen von Cheyne-Stokes'schem Athmen zu untersuchen. In dem ersten Falle handelte es sich um einen Herzfehler, wobei das Phänomen ungefähr 40 Tage bestand, in dem zweiten Falle war im Verlaufe einer Urämie durch mehrere Tage Cheyne-Stokes-sches Athmen beobachtet worden. In dem ersten Falle fand Verf. in den Nn. vagis eine chronische aufsteigende Neuritis und einen bedeutenden Bluterguss in die peri- und endoneuralen Lymphräume der beiden Nerven. Diese Veränderungen beschränkten sich auf der linken Seite auf den peripheren Theil des Vagus, während sie auf der rechten Seite den Nerven in seiner ganzen Ausdehnung bis zu seinem Ursprung aus der Med. oblongata ergriffen; gegen das Centrum zu nahmen auch auf der rechten Seite die Veränderungen an Ausdehnung ab. Diese Asymmetrie der Erkrankung fand sich auch bei der Untersuchung der Med. oblongata, indem sich auf der rechten Seite derselben die Neuritis in Form zerstreuter Herde viel stärker als auf der linken verbreitet hatte. Beim Übergang des Processes vom Vagus auf das Centralorgan folgten die Veränderungen der großen Wurzel des N. vagus bis zur Raphe, verbreiteten sich längs derselben und griffen auch auf den vierten Ventrikel über. Hier war der Hauptsitz der Veränderung in dem

Ependym der Längsfurche des Calamus scriptorius, von wo sie sich bis zum mittleren und sogar bis zum hinteren Kern des rechtsseitigen Vagus ausbreitete. In dem zweiten Falle waren die Nn. vagi normal, in der oberen Hälfte der Med. obl. fanden sich aber ganz analoge Störungen, wie in dem ersten Fall. Dieselben waren jedoch weniger vorgeschritten, zeigten noch deutlich entzündlichen Charakter und waren sowohl in der rechten als in der linken Hälfte der Med. oblongata nachweisbar. Über die Beziehungen der genannten Veränderungen in der Med. obl. zu dem Cheyne-Stokes'schen Respirationsphänomen macht Verf. keine Angaben (vgl. die Überschrift! Ref.). **Löwit** (Prag).

23. C. Boeck. Essentielle Erythantheme durch Schlundentzündung hervorgerufen.

(Vierteljahrsschrift für Dermat. u. Syph. Bd. X. Hft. 3 u. 4. p. 481—489.)

Mit Rücksicht auf die dunkle Ätiologie der essentiellen Erythantheme — als solche bezeichnet Verf. nach dem Vorgange von Auspitz das multiforme Erythem und die Purpura rheumatica als Ausdrucksformen ein und desselben Grundleidens — und die fragliche Stellung derselben zum rheumatischen Fieber theilt B., der schon früher die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang verschiedener rheumatischer Affektionen mit Angina gelenkt, 2 einschlägige, einen 23- und 42jährigen Mann betreffende Krankengeschichten mit. Im ersten Falle war 11 Tage nach Beginn einer Angina vor Ablauf derselben ein Erythema multiforme an den Handrücken aufgetreten, im letzteren eine Reihe rheumatischer, mit heftigen Ausbrüchen von Purpura einhergehender Affektionen in die Konvalescenz einer Follikelangina gefallen. Wahrscheinlich kommt für solche Fälle nicht die Specifität der Entzündung, sondern nur der Sitz derselben in Betracht, in so fern zahlreiche Nervenverbindungen der Fauces mit dem Sympathicus und dem verlängerten Mark, dem Hauptsitz der vasomotorischen Centren existiren. Diese Ansicht einer durch die Entzündung vermittelten Reizübertragung auf die Centren wird nach des Verf.s Meinung durch die Beobachtungen von Petechien und Erythemen bei Rachendiphtherie gestützt. Endlich theilt B. einen ein 20jähriges Mädchen betreffenden Fall von Urticaria post Anginam mit, gesteht aber selbst zu, dass hier der Kausalnexus zweifelhaft gewesen. **Fürbringer** (Jena).

24. G. Guidi. La Cairina anche in pediatria.

(Gaz. degli osp. 1884. No. 55.)

G. hat in 3 Fällen bei Kindern das Kairin mit günstigem Erfolge angewendet. Der erste Fall betrifft ein 5monatliches wohlgenährtes Mädchen, welches an einer rechtsseitigen Pneumonie erkrankte. Gaben von 0,1 Kairin zuerst stündlich, später seltener, setzten das Fieber herab und besserten auch das Allgemeinbefinden. Wurde mit dem Kairin pausirt, so stieg die Temperatur wieder auf die alte Höhe. Im Ganzen verlief der Process sehr günstig und rasch. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Typhus bei einem 5jährigen, schwächlichen skrofulösen Mädchen. Am 10. oder 11. Tage der Krankheit bekam das Kind 2stündlich 0,1 Kairin, das für gewöhnlich nur ausgesetzt wurde, wenn die Temperatur auf 37,0° C. gesunken war. Diese Behandlung wurde ca. 6 Tage fortgesetzt, bis auch spontan die Entfieberung anhielt. Im Ganzen wurden 5,30 g Kairin verbraucht und keinerlei üble Wirkungen beobachtet. Der Puls schwankte während der Kairinbehandlung zwischen 100—120 Schlägen. Der dritte Fall bezieht sich auf eine doppelseitige Pneumonie mit typhoiden Erscheinungen (profuser Diarrhöe) bei einem schwächlichen 13jährigen Knaben. Hier wurden 0,15 g Kairin, später 0,2 g 2stündlich, zuletzt 3stündlich mit gutem Erfolge und ohne störende Nebenwirkungen verabreicht.

Kayser (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 49. **Sonnabend, den 6. December.** **1884.**

Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des Arbutins.

Von

Dr. **A. Schmitz** in Bonn.

Seit einigen Jahren haben Menche in Bonn und L. Lewin in Berlin das Arbutin, das Glykosid der Bärentraubenblätter, innerlich gegen Blasenkatarrh empfohlen, und zwar, weil das fäulnis- und eiterwidrige Hydrochinon $C_6H_4(OH)_2$ im Organismus daraus entsteht und im Harne sich findet[1].

In der Sitzung der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde vom 21. Juli 1884 theilte Dr. Ungar einen Fall von bedeutender Besserung eines Blasenkatarrhs durch Arbutin mit[2]. Dagegen hat Dr. H. Paschkis in Wien keine nennenswerthen Erfolge gesehen. Er hält die Wirkung des Arbutins für »mindestens

[1] Vgl. dieses Centralbl. 1883. p. 433 u. 676.
[2] Bericht in No. 43 der Berliner klin. Wochenschrift. p. 692.

problematisch«[3]; und Prof. Kunkel in Würzburg hat eine Doktordissertation erscheinen lassen[4], deren Schluss sich ebenfalls sehr wenig vertrauenerweckend über den Werth des Präparates äußert.

Bei diesem Widerstreit der Meinungen will ich hier kurz mittheilen, was ich in zwei Fällen davon gesehen habe.

Am 17. Oktober 1883 konsultirte mich D. J., 26 Jahre alt, aus W., wegen Urinbeschwerden. Über sein Leiden gab Pat. folgende Anamnese: Im Winter 1882 stand er in einer kalten Nacht auf Wache; in Ermangelung eines wärmenden Feuers suchte er die Kälte durch Alkoholica zu verscheuchen und trank kaltes Bier und Schnaps. Noch in derselben Nacht stellten sich Schmerzen oberhalb der Symphyse ein, welche so stark wurden, dass er nicht mehr gerade stehen konnte und sich ablösen lassen musste. Dann kam er in das Lazarett und verblieb daselbst 5 Monate. Nach zweimonatlichem Aufenthalte hatten die Schmerzen etwas nachgelassen, so dass der Kranke zu häuslichen Verrichtungen verwendet wurde. Später zog er mit aus zu dem Manöver, Herbst 1883, und verspürte während desselben nicht die geringsten Schmerzen oder Beschwerden. Als er nach Beendigung der Übung entlassen wurde, trat er als Schiffsknecht in Dienst und hatte während nassen ungünstigen Wetters immer schwere Arbeit zu verrichten. Vierzehn Tage später stellten sich über der Symphyse wieder Schmerzen ein, dessgleichen fortwährender Drang auf den Urin, welcher so heiß wie geschmolzenes Blei durch die Harnröhre floss; dabei kam es vor, dass Pat. oft 5 Minuten lang pressen musste, ehe er etwas Urin los wurde. Die Untersuchung des Abdomen ergab eine vom Os pubis bis zum Nabel reichende Dämpfung, welche für die gefüllte Harnblase ihrer Form und Lage nach angesprochen werden musste. Darauf wurde mit dem Katheter ein Liter trüben, flockigen Harns zum Erstaunen des Kranken entleert, welcher behauptete, nicht pissen zu können, da er kurz vorher sein Bedürfnis verrichtet habe. Der Urin hatte einen stark ammoniakalischen Geruch und färbte rothes Lackmuspapier blau.

Ich stand nicht an, in diesem Falle einen akuten Blasenkatarrh zu diagnosticiren, welcher auf dem Boden des alten durch neue Schädlichkeiten, besonders Erkältung, hervorgerufen war.

Die Therapie bestand in der Darreichung von Arbutin 2,5, Aqu. destill. 180,0, Morphin. muriat. 0,025, alle zwei Stunden einen Esslöffel voll zu nehmen. Den Pat. entließ ich mit der Weisung nach Verbrauch der Arznei wiederzukommen. Statt dessen stellte er sich erst nach 14 Tagen vor und sagte, er sei ganz gesund; nachdem er die eine Flasche Medicin gebraucht, habe er sich besser gefühlt, die Schmerzen und der Drang hätten nachgelassen, besonders sei auch der Urin nicht mehr so dick und trübe, sondern ziemlich klar ge-

---

[3] Wiener med. Presse 1884. No. 13. p. 396.

[4] E. Feibes, Über das Schicksal des Arbutins im menschlichen Organismus. 1884.

wesen. Wegen der Entfernung und nothwendiger Arbeit habe er nicht eher kommen können, zur Vorsicht jedoch das Recept erneuern lassen und die Arznei abermals mit dem besten Erfolge genommen. Denn jetzt sei der Urin ganz klar, der Schmerz geschwunden. Der auf Verlangen gelassene Harn bestätigte die gemachten Angaben; derselbe war klar, von hellgelber Farbe und zeigte leicht saure Reaktion. Es waren also 5 g Arbutin hinreichend gewesen, die Cystitis katarrhalis zu beseitigen.

Der zweite Fall bot folgende Krankengeschichte: B. J., 73 Jahre alt, kam am 13. September d. J. wegen Incontinentia urinae in meine Behandlung. Seit länger als einem Jahre, referirte der Kranke, habe er gemerkt, dass es mit dem Wasserlassen nicht mehr so gut gehe wie früher, dass nur wenig Urin auf einmal entleert würde. In der letzten Zeit sei es anders gekommen; entgegen der früheren Harnverhaltung laufe derselbe jetzt von selbst ab, so dass Pat. beständig nass werde und oft nicht schnell genug zur Retirade könne. Dabei bestehe ein anhaltender schmerzhafter Drang in der Blase und dem Mastdarme. Das Leiden beraube den Kranken der Nachtruhe; wenigstens alle halben Stunden jage die Noth ihn aus dem Bette. Gegen sein Übel habe er eher keine ärztliche Hilfe gesucht, weil die Bekannten ihn mit den Worten vertröstet hätten, dagegen sei kein Kraut gewachsen, diese Plage des Alters müsse man eben tragen. Aber jetzt könne er die beständigen Schmerzen, den fortwährenden quälenden Drang auf Stuhl und Urin nicht mehr aushalten, er glaube, wenn für ersteres einmal ordentlich gesorgt werde, ginge es schon besser; er fühle sich sehr angegriffen und von Tag zu Tage schwächer; die schlechte Darmentleerung sei auch Schuld an der Appetitlosigkeit.

Pat., ein mittelgroßer Mann, zeigt für sein Alter noch eine gute Körperkonstitution. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt einen leichten Bronchialkatarrh, welcher angeblich seit Jahren besteht und nur selten Anlass zu Klagen gegeben hat. Die Herzaktion ist beschleunigt, 100 Schläge in der Minute, Herzaffektionen sind nicht vorhanden, die Thermometrie ergiebt eine axillare Themperaturerhöhung auf 38,3. Dabei ist der Durst vermehrt, die Zunge belegt. Die ganze Unterbauch- und Blasengegend ist schon auf leichten Händedruck empfindlich, stellenweise schmerzhaft; die Perkussion ergiebt einen an der Symphysis ossium pubis beginnenden und bis zum Nabel aufsteigenden dumpfen Schall. Bei der Digitaluntersuchung per Rectum begegnet man zunächst einer mäßigen Prostatahypertrophie und weiter oben vorn fühlt man einen Tumor, welcher der vorderen Dämpfung entspricht und offenbar der gefüllten Harnblase angehört. Der nur tropfweise und unter Schmerzgefühl gelassene Urin ist trübe, mit Flocken reichlich versehen, von penetrirendem Geruche und alkalischer Reaktion. Die mikroskopische Untersuchung ergab zahlreiche Epithelzellen, Anhäufung von Schleim- und Eiterkörperchen, daneben die morgensternförmigen Krystalle von harnsaurem Ammoniak und

die großen sargdeckelförmigen der phosphorsauren Ammoniak-Magnesia. Das ganze Krankheitsbild bot die Symptome eines chronischen Blasenkatarrhs, welchem als primäre Ursache die Prostatahypertrophie zu Grunde lag.

Das therapeutische Verfahren bestand zunächst in der Entlastung der Blase mittels des Katheters, wobei $1^1/_2$ Liter eines trüben, flockigen Harns entleert wurden. Dann griff ich gleich zum Arbutin und verordnete: Arbutin 5,0, Aqu. destill. 200,0, zweistündlich einen Esslöffel voll zu nehmen. Auf diese Weise erhielt Pat. in einer Dosis etwa 0,5 Arbutin. Die Ordination wurde zweimal erneuert, der Kranke bekam also im Ganzen 15 g Arbutin, welche er in acht Tagen verbrauchte. Subjektive Beschwerden traten dabei keine zu Tage, nur wurde des hohen Preises Erwähnung gethan; jedoch auch dieser Punkt fiel weg, als Pat. bereits am zweiten Tage sich besser fühlte, die Schmerzen am dritten Tage anfingen erträglich zu werden. Dabei zeigte der Urin täglich ein besseres Aussehen, die Trübung schwand langsam und nach acht Tagen hatte der entleerte Harn die normale strohgelbe Farbe. Frappant war in diesem Falle das Verhalten der Blase. Während Pat. vorher den Topf, wie er sich selbst ausdrückte, beständig in der Hand hielt wegen des fortwährenden Dranges, ließ dieses vom dritten Tage ab nach, zwar traten mehrmals am Tage oder in der Nacht noch Krampfanfälle auf, aber der Kranke fühlte sich schon glücklich, wenigstens eine Stunde schlafen zu können, ohne nass oder aus dem sanften Schlummer aufgescheucht zu werden. Aus einer Stunde anhaltender Ruhe wurden bald zwei, dann drei, so dass Pat am achten Tage nur noch zweimal die Nacht aufstand, um sein Bedürfnis ohne Schmerzen zu befriedigen. Bis jetzt hat unser Pat. von dem Urin keine Beschwerden gehabt, das Fieber ist geschwunden, der Appetit und die Kräfte haben sich langsam gehoben, und es hofft der Pat. bei günstiger Witterung eine vollständige Genesung.

Ich stehe nicht an, in diesen beiden Fällen die günstige Wirkung auf das Medikament allein zu beziehen. Noch in mehreren anderen katarrhalischen Affektionen der Blase sah ich einen gleich guten Erfolg, theile sie aber nicht mit, weil in diesen außer dem Arbutin noch andere Mittel, besonders die an borsaurem Natron reichhaltige Salvatorquelle, zur Anwendung kamen.

Es giebt also Fälle von Blasenkatarrh, die vortrefflich auf Arbutin reagiren. Dass es deren giebt, welche das nicht thun, bezweifle ich auch nicht. Der hohe Preis des Mittels soll in geeigneten Fällen uns nicht von der Anwendung abschrecken; derselbe dürfte sinken, sobald in Folge größerer Nachfrage die Produktion sich steigern wird. Übrigens kann er durch direktes Beziehen des Arbutins aus einer chemischen Fabrik umgangen werden. Hier steht er: 10 g zu 3 *M* 50 *Pf*. In Receptform aus der Apotheke wird dieser Preis auf das Doppelte steigen. Sich jetzt aber mit altgewordenen Foliis Uvae ursi noch zu behelfen, halte ich für sehr unzweckmäßig,

da solche Glykoside wie das Arbutin beim Lagern der Droguen sich bald verändern, der Arzt also nicht weiß, ob und wie viel des Arbutins er beim Verordnen jenes Thees in der Hand hat.

---

1. **A. Mosso.** Application de la balance a l'étude de la circulation du sang chez l'homme.

(Arch. ital. de biol. T. V. p. 130—143.)

Verf. beschreibt einen neuen Apparat, der besser als die früher vom Verf. verwendeten Plethysmographen gewisse Erscheinungen des Blutkreislaufes am Menschen zu studiren gestattet. Dieser Apparat beruht im Wesentlichen darauf, dass eine Holzlade, die zur Aufnahme des liegenden Menschen bestimmt ist, derartig auf einer Unterlage ruht, dass sie bei ruhiger Lage des Individuums sich in vollständigem Gleichgewichte befindet, und je nach dem Wechsel des Schwerpunktes horizontale Schwankungen vollführt, die nebst Athmung, Puls- und Volumkurven (vom Arm oder Fuß) auf die gebräuchliche Art graphisch dargestellt werden. Wegen der näheren Details muss auf das Original verwiesen werden. Es stellte sich nun heraus, dass die Lade auch bei ganz ruhiger Lage des Individuums (Schlaf) kleine horizontale Schwankungen verzeichnet, welche dem Typus der Athembewegungen entsprechen (Senkung der Ebene gegen die Füße während der Inspiration). Diese Schwankungen hängen von einer Veränderung der Blutvertheilung während der Respiration ab, und kommen, wie Verf. bereits früher mittels des Plethysmographen nachgewiesen hatte, dadurch zu Stande, dass der während der Inspiration verstärkte intraabdominale Druck ein Hindernis für den Abfluss des venösen Blutes aus den unteren Extremitäten bewirkt, wodurch während der Einathmung eine Volumzunahme desselben bedingt wird. Verf. hat weiter die Beobachtung gemacht, dass sich die Holzlade nach Ablauf einer tiefen Einathmung gegen den Kopf neigt und einige Zeit in dieser Stellung verharrt. Diese Verrückung des Schwerpunktes kommt nach den früheren Untersuchungen des Verf. durch Ansammlung von Blut in den Lungen zu Stande. Durch das Gewicht der Wassermasse, das Verf. verwenden muss um das gestörte Gleichgewicht wieder herzustellen, glaubt Verf. die Blutmenge approximativ bestimmen zu können, welche nach vertieften Inspirationen in den Lungen zurückgehalten wird. Auch die durch Schwankungen der Gefäßweite hervorgerufenen Wellenbewegungen an den volumetrischen Kurven treten bei Verwendung dieses Apparates sehr deutlich hervor. Verf. verspricht über diesen Punkt, speciell über die unter psychischen Einflüssen auftretenden Änderungen der Gefäßweite, demnächst weitere Mittheilungen zu machen.

Löwit (Prag).

2. Giorgio Rattone (Turin). Sulla esistenza di cellula ganglionari nelle radici posteriori dei nervi spinali dell' uomo.

(Arch. per le scienze med. Vol. VIII. No. 3.)

Hyrtl hatte darauf hingewiesen, dass sich häufig an den hinteren Wurzeln der Rückenmarksnerven, zwischen den Spinalganglien und dem Rückenmark kleine Ganglien eingeschaltet finden, die er mit dem Namen Ganglia aberrantia belegte; andere beschrieben sie unter der Bezeichnung Schaltganglien, Ganglia intercalaria. Verf. weist nach, dass beim Menschen konstant im Verlaufe dieser Nervenstrecke, und zwar bei sämmtlichen Rückenmarksnerven, Ganglienzellen eingelagert sind.

Diese Ganglienzellen finden sich besonders reichlich in den hinteren Wurzeln einerseits der Cervical-, andererseits der Lumbar- und Sacralnerven, entsprechend also den Anschwellungen des Rückenmarks; in den einzelnen Wurzeln liegen sie am zahlreichsten in der Nachbarschaft des Ganglion spinale. Ihre Größe variirt von 18 μ bis zu der sehr beträchtlichen von 300 μ. Gewöhnlich haben sie einen oder zwei, seltener mehr Fortsätze; die unipolaren Ganglienzellen finden sich meistens in der Peripherie, die bi- und multipolaren im Innern der Nervenbündel. Apolare, wie sie bei weniger sorgsamer Präparation häufig vorkommen, fehlen bei vorsichtiger Präparation unter dem Präparirmikroskope gänzlich, erweisen sich daher als Kunstprodukte. Gewöhnlich findet sich ein, mitunter aber auch zwei Kerne mit deutlichen Kernkörperchen. Eine bindegewebige Kapsel, mit einer einfachen Lage endothelialer Zellen ausgekleidet, umgiebt die einzelnen Zellen und setzt sich auf deren Fortsätze fort. Oft reichen die Ganglienzellen auch in die die Nervenwurzel umgebende Pia mater hinein; dann hängen sie mit den oberflächlichsten Nervenfasern durch einen Fortsatz zusammen.

Verf. glaubt das Vorkommen dieser Ganglienzellen mit der sensiblen Natur der hinteren Wurzeln in Verbindung bringen zu müssen.

Freudenberg (Berlin).

---

3. Adamkiewicz. Über Gehirndruck und Gehirnkompression. II. Gehirnkompression (cf. No. 45 dieses Centralblattes).

(Wiener Klinik 1884. Hft. 8 u. 9.)

Verf. brachte Laminariastifte unter die Dura von Kaninchen und beobachtete die Folgeerscheinungen. Die Resultate sind folgende:

Die Nervenmasse ist kompressibel, der verdrängte Liquor filtrirt fort, es kann also kein »Hirndruck« entstehen. Nach der gewöhnlichen Lehre soll ein Tumor cerebri eine allgemeine, durch den gespannten Liquor gesetzte, und eine direkte lokale Anämie bewirken.

Diese Anämie existirt nicht, denn A. fand an der Kompressionsstelle erweiterte, also hyperämische Gefäße. Dauert die Kompression nicht zu lange, so gleicht sich der Eindruck völlig aus — das Gehirn

ist also auch elastisch! — dauert sie dagegen lange (ein Jahr), so entstehen dauernde Veränderungen:

1) fibröse Leptomeningitis mit reichlichen Gefäßen;

2) Neubildung und Hypertrophie der Gefäße in der Kompressionsstelle;

3) Zusammenrücken der Schichten unter dem Tumor, bei völligem Intaktbleiben jeder einzelnen;

4) echte Hypertrophie der Nervenelemente in der seitlichen Umgebung des Kompressionsgebietes, in welchem selbst eine »Kondensationshypertrophie« besteht.

Der reine Druck bewirkt also nicht Anämie und Atrophie, sondern Hyperämie und Hypertrophie. Verf. unterscheidet 3 Druckgrade: den ersten, bei welchem Kompression und Kompressibilität sich das Gleichgewicht halten und dem alle latenten Tumoren angehören, den dritten, der mit Strukturverletzungen einhergeht und den zweiten, den wichtigsten, wo die Kompression die Kompressibilität zwar überschreitet, das Nervengewebe aber noch nicht zerstört.

Die Größe des noch ertragenen Druckes ist variabel, ein Kaninchengehirn erträgt event. eine Kompression auf $^3/_4$ des ursprünglichen Volumens.

Die Erscheinungen, welche durch den quellenden Laminariastift über der »motorischen Zone« des Kaninchengehirnes gesetzt werden, sind folgende:

1) Es entstehen Krämpfe der Kiefer-, Augen- und Gesichtsmuskulatur der gegenüber liegenden Seite, welche sich allmählich auf die ganze Körperhälfte ausbreiten. Dieselben sind kurz aber häufig und hören nach 2mal 24 Stunden ganz auf, entweder ohne weitere Folgeerscheinungen oder aber, um der Hemiplegie Platz zu machen. Diese »Druckkrämpfe« sind ganz andere als die bilateral-tetanischen »Hirndruckkrämpfe«, sie sind stets unilateral und finden ihr bestes Analogon in der Jackson'schen Epilepsie.

2) Den Krämpfen folgt eine komplete regelrechte Hemiplegie, die also auch beim Thier vorkommt. Weil aber Zerstörung der Rinde nur vorübergehende leichte Störungen, Kompression dagegen dauernde Hemiplegie setzt, so schließt Verf., dass die motorischen Centren unter der Rinde liegen, während die Rinde selbst als »Fühlsphäre« aufzufassen ist, in der die psychischen bewegungsvermittelnden Akte entstehen, und deren Bedeutung mit der Höhe der Intelligenz wächst. Daher die Verschiedenheit der Resultate nach Rindenzerstörung bei Mensch und Thier.

3) Auf die Hemiplegie folgt die posthemiplegische Paraplegie, die Verf. als funktionelle Erscheinung auffasst.

4) Mit Eintritt der Hemiplegie steigern sich unter Zunahme der Muskelspannung die Sehnenphänomene der gelähmten Seite, bei der Paraplegie sind sie beiderseits erhöht. Je mehr der Druck wächst, desto größer wird die Steigerung, schließlich tritt sie bei Beklopfen einer Sehne beiderseits auf (»Spinal-Epilepsie«) und es entwickelt

sich ein »spontaner Sehnentremor«, welcher Anfangs undulirend, allmählich immer größere Exkursionen aufweist, die schließlich unregelmäßig werden. Damit ist der Zeitpunkt markirt, wo noch alle Erscheinungen bei Aufhören der Kompression rückgängig werden und zwar in der umgekehrten Reihenfolge des Auftretens — nur eine Flexorenschwäche bleibt noch einige Zeit zurück. Der Muskelspasmus und die Sehnenphänomene sind nach A. cerebrale Funktionen; der Muskeltonus wird vom Gehirn aus erhalten resp. gesteigert, wenn der vom Willen beherrschte Nervenapparat der Pyramidenbahnen (welche mit der motorischen Zone in Verbindung stehen) Einbuße erleidet.

Niemals fand Verf. bei seinen Versuchen Stauungspapille.

Demgemäß sind Compressio, Contusio und Commotio cerebri der alten Lehre einfache Zustände der Reizung resp. Überreizung, d. h. Lähmung des Gehirns, nur verschieden nach der Intensität des Reizes — das Wesen der Alteration ist bei jedem Reize dasselbe. Die wirkliche Hirnkompression setzt ein ganz anderes Bild — das eben mitgetheilte. **Thomsen** (Berlin).

---

4. **Francesco Coppola** (Palermo). Sugli alcaloidi della putrefazione.

(Arch. per le scienze med. 1884. Vol. VIII. No. 4.)

Verf., der schon in zwei, Ende 1882 und Anfang 1883 erschienenen, Arbeiten (Gazz. chim. ital. T. XII p. 511, T. XIII p. 11. — Arch. ital. de biologie T. IV p. 63) den Nachweis zu führen gesucht hatte, dass einerseits im normalen Blute sich nicht Alkaloide vorfinden, dass andererseits die gewöhnlich in Anwendung gezogenen Extraktionsmethoden an und für sich schon genügen, Alkaloide zu erzeugen, sucht in der vorliegenden Arbeit darzuthun, dass auch bei der Fäulnis nicht konstant Alkaloide entstehen, wenn er auch nicht leugnen will, dass durch dieselbe unter Umständen Alkaloide erzeugt werden können.

Eine größere Quantität frisch aus der Carotis entleerten Hundeblutes wurde zwei Tage lang einer Temperatur von 30° C. ausgesetzt und darauf bei Zimmertemperatur (10—15°) unter einer Glocke stehen gelassen. Nach 15 resp. 30 resp. 50 Tagen wurden Portionen des Blutes — dasselbe war selbstverständlich in exquisiteste Fäulnis übergegangen — von 700 resp. 500 g mit großen Mengen Benzin und Chloroform nach einander geschüttelt. Der Benzin- resp. Chloroformauszug wurden vorsichtig verdampft, der Rückstand mit angesäuertem Wasser aufgenommen, die gewöhnlichen Alkaloidreaktionen angestellt. Das Resultat war ein negatives. **Freudenberg** (Berlin).

---

5. **Comby.** De la dilatation de l'estomac chez les enfants.
(Arch. générales de méd. 1884. August u. September.)

An der Hand eines Materials von 50 Fällen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die Magenerweiterung ist bei Kindern weit häufiger, als bisher angenommen wurde. Sie ist die fast ständige Begleiterin der Rachitis und resultirt ausschließlich aus Verdauungsstörungen, die wiederum auf falscher Ernährung in den ersten Lebensmonaten beruhen. Die Krankheit entwickelt sich schleichend; die Symptome derselben sind dieselben, wie bei Erwachsenen. Als funktionelle Störungen treten dabei Dyspepsie, Krämpfe, Schlaflosigkeit, Hautausschläge, Bronchitis etc. auf.

Die Prognose ist vorsichtig zu stellen, da die Affektion leicht chronisch werden kann.

Besteht die Magenerweiterung bereits, so ist strenge Diät, event. auch Magenausspülung zu empfehlen. **M. Cohn** (Hamburg).

---

6. **Cahn.** Antiperistaltische Magenbewegungen.
(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV.)

Während das Vorkommen antiperistaltischer Magenbewegungen beim Thiere zuverlässig festgestellt ist, bildet es bezüglich des Menschen noch einen Gegenstand der Diskussion, wennschon Hilton Fagge, Schütz und in neuerer Zeit Glax auf Grund klinischer Beobachtungen ziemlich energisch dafür eingetreten sind.

C. theilt desshalb aus der Kussmaul'schen Klinik eine einwandfreie Beobachtung mit, die alle Skepsis in dieser Frage beseitigt. Schon durch die klinische Untersuchung wurde die Annahme, dass das sich in antiperistaltischer Richtung bewegende Organ der Magen sei, mit großer Sicherheit bestätigt und durch die mit allen Kautelen ausgeführte Sektion über jeden Zweifel erhoben.

Bei der 60jährigen Pat. sah man durch die schlaffen, dünnen, fettlosen Bauchdecken hindurch große Wellenberge in der rechten Parasternallinie etwa 3 cm über der Nabelhöhe auftauchen, in leicht nach rechts gekrümmtem Bogen hinüber nach dem linken Mesogastrium laufen und unter dem Rippenbogen verschwinden. In Pausen von 30—40 Sekunden tauchten die einzelnen Buckel hervor und legten den Weg bis zum Rippenbogen in 5—10 Sekunden zurück. Bei der Aufblähung des Magens mit Kohlensäure sah man mit der zunehmenden Spannung der Magenwandungen diese Bewegungserscheinungen allmählich verschwinden, nach einiger Zeit aber an dem erschlaffenden Organe wieder eintreten. Des öfteren traten auch, ohne dass ein Grund für diesen plötzlichen Wechsel hätte aufgefunden werden können, die als normal zu betrachtenden, d. h. von links nach rechts fortschreitenden Bewegungen für einige Stunden bis zu drei Tagen an Stelle der antiperistaltischen; dieselben waren immer träger als die rückläufigen, umkreisten die Strecke, für welche die

antiperistaltischen Wellen 18 Sekunden brauchten, in durchschnittlich 25 Sekunden, wovon auf den Weg links von der Mittellinie 15, von da bis zum Pförtner 10 kamen. Einige Male konnte peristaltische und antiperistaltische Bewegung zu gleicher Zeit beobachtet werden, wobei die gleichzeitig vom Pylorus und vom Fundus herkommenden Wellenzüge etwas nach links von der Mittellinie, d. h. an der linken Grenze des Antrum pylori auf einander treffend zur Interferenz kamen, wodurch gelegentlich die höchsten, überhaupt zur Beobachtung gekommenen Vorwölbungen entstanden.

Die Sektion ergab ein Carcinoma pylori mit kolossaler Ektasie des Magens. Die längs der kleinen Kurvatur verfolgbaren Vagusäste senkten sich sämmtlich in die Krebsmasse ein, worin sie nicht weiter zu verfolgen waren. Nur ein Zweig zweiter Ordnung zeigte keine Beziehungen zu dem Neoplasma. Aus dieser Thatsache lassen sich aber keine Schlüsse ziehen in Bezug auf die Entstehung der antiperistaltischen Bewegungen, da wohl bei den meisten bis zur Serosa vordringenden Pyloruscarcinomen derartige Veränderungen vorkommen, ohne dass es zur Peristaltik kommt. Es bleibt also die Frage, warum in diesem Falle die wurmförmigen Bewegungen in der regelwidrigen Richtung abliefen, bis auf Weiteres unentschieden.

Unverricht (Breslau).

---

7. **Ollivier.** La Rougeole à Paris.

(Arch. générales de méd. 1884. September.)

Verf. kämpft gegen die mit Unrecht verbreitete Anschauung von der absoluten Gefahrlosigkeit der Masern an; zu Gunsten seiner Ansicht sprechen die statistischen Angaben, welche beweisen, dass 2% aller im Jahre 1883 in Paris eingetretenen Todesfälle durch die Masern verursacht waren. Als Schutzmaßregel fordert Verf. zunächst Asyle, in welchen die nicht erkrankten Kinder von Familien, in denen Masern aufgetreten sind, untergebracht werden; ferner wendet sich Verf. gegen die Einrichtungen einzelner Polikliniken und führt an, wie solche nur allzu oft die Brutstätten furchtbarer Epidemien werden, Ansichten, welche im weitesten Maße auch bei uns zu Lande ihre Bestätigung finden.

M. Cohn (Hamburg).

---

8. **G. Sée.** De la phthisie bacillaire des poumons.

Paris, **A. Delahaye** et **E. Lecrosnier,** 1884. 627 S. Mit 2 Taf. in Chromolithogr.

Es kann die Frage aufgeworfen werden, ob es jetzt schon, $2^1/_2$ Jahre nach der Begründung der Lehre von der Phthise als Infektionskrankheit, an der Zeit ist, ein Handbuch der phthisischen Erkrankungen zu schreiben, das breit angelegt, die ganze Lehre vom »bacillären« Gesichtspunkte aus betrachtet. Ein solches Buch wird an zahlreichen Stellen nur referirend sich verhalten können und oft genug wird der Autor davon absehen müssen feste Stellung zu wichtigen Fragen zu nehmen, oft genug werden ihm auch noch die ex-

perimentellen und klinischen Unterlagen zur Begründung wichtiger Fakta ganz fehlen. Die Lehre ist noch so im Werden und Wachsen, dass sich dem, der das Fertige, Feste fixiren möchte, die größten Schwierigkeiten in den Weg stellen. Wenn S. doch diesen Versuch gewagt hat, so geschah es offenbar in der Absicht, die ganze Pathologie der Phthise einmal genau zu durchmustern und zu sehen, wie sie sich von dem neu gewonnenen Gesichtspunkte aus gestalten dürfte. Ein solches Unternehmen wird trotz der Lücken, die es naturgemäß an vielen Orten darbieten muss, anregend und befördernd auf den Gang der Forschung wirken, es wird eben dadurch, dass es von neuem Gesichtspunkte ein ungeheures Material durchforscht, das Jahrhunderte zu Tage gefördert, zu einer Art kritischer Untersuchung über die Richtigkeit dieses Gesichtspunktes selbst.

Ein stattlicher Band von 627 Seiten enthält die neue Darstellung der Lehre von der Phthise.

Eingeleitet wird er durch einige Kapitel über die Morphologie und Biologie der Spaltpilze und über die durch solche hervorgebrachten Krankheiten. Verf., welcher auf jeder Seite von ausgedehntester Litteraturkenntnis Beweis ablegt, hat leider beim Milzbrand der Arbeiten von Koch, beim Rotz derer von Löffler und bei der Lepra Hansen's keine Erwähnung gethan; doch sei gleich hier gesagt, dass im Allgemeinen sonst die nichtfranzösische Litteratur gut berücksichtigt ist. S. gehört mit Charcot und seinen Schülern zu den Wenigen in Frankreich, welche die Internationalität der medicinischen Litteratur voll anerkennen und danach handeln. Aus dem letzterwähnten Theile des Buches möchte ich noch eine Angabe hervorheben, wonach Thalamon die Reinkultur und die erfolgreiche Verimpfung eines Diphtheriepilzes gelungen sein soll.

Die folgenden Abschnitte enthalten Alles, was über das Wesen, den Nachweis, die Lebensbedingungen etc. des Bacillus Kochii bekannt ist, ferner das pathologisch-anatomisch Wichtigste vom Tuberkel, der Tuberkulose, der käsigen Pneumonie etc.

Es folgen die Abschnitte über die Ursachen der Tuberkulose und ihre Verbreitung in verschiedenen Höhen und Klimaten, über die Möglichkeit, durch Nahrung, Impfung und Kontagion die Phthise zu acquiriren. Namentlich beim letzteren Punkte vermeidet Verf. eine bestimmte Meinung zu äußern, giebt nur das bislang vorhandene Material zur Beurtheilung der Frage wieder[1].

Der allgemeine pathologische Theil (143 Seiten) enthält noch zahlreiche Kapitel über die Heredität, den Modus der Verbreitung, die Beziehungen zu anderen Infektionskrankheiten und zu den Dyskrasien, zur Ernährung und Lebensweise.

Den größten Theil des Buches (240 Seiten) nimmt naturgemäß die Lehre von den klinischen Erscheinungsformen der Schwindsucht ein.

[1] Später, im Abschnitt Hygiene, steht Verf. ganz auf kontagionistischem Standpunkte.

Zunächst werden die Phthisisformen besprochen, welche noch nicht durch physikalischen Befund erkennbar sind (»latente Formen«). Die wichtigsten hier vorkommenden Ernährungsstörungen, die initiale Chlorose, die Dyspepsie, das Schwitzen und die Abmagerung, dann das initiale Fieber, die Hämoptoe, der Husten erfahren eingehende Darstellungen. Die Schilderungen der latenten Phthisen scheinen Ref. die hervorragendsten des ganzen Buches zu sein, sie bieten auf jeder Seite Lehrreiches und von ausgedehntester Erfahrung des Verf.s Zeugendes. Eingeschaltete Krankengeschichten illustriren das Dargestellte.

Phthisies avérées nennt S. die durch Auskultation und Perkussion, so wie Bacillenbefund deutlichen Schwindsuchtsformen. Auf den 63 Seiten dieses Kapitels erfährt die physikalische Diagnostik und der Nachweis der Mikroorganismen im Sputum eingehende Darlegung. Der klinische Verlauf kommt etwas kurz dabei weg.

Der dritte Abschnitt des klinischen Theiles handelt von den Phthisies larvées, den Formen, welche zunächst wie andere Krankheiten der Respirations-, Digestions- oder Urogenitalorgane auftreten. Die Kehlkopfschwindsucht, die tuberkulöse Pleuritis und vieles Andere werden in diesem Kapitel besprochen. Bemerkenswerth ist u. A. ein Fall aus der Klinik von Vulpian, wo im Verlaufe einer eitrigen Pleuritis von Déjérine erst nur ganz spärliche Bacillen gefunden wurden, ohne dass die Lunge etwas Tuberkelverdächtiges bot, nach Monaten aber deutliche Phthisis pulmonum auftrat; nun enthielt der Pleuraeiter reichliche Bacillen.

Den Schluss des klinischen Abschnittes bildet ein Kapitel über die Semiologie der indurirenden und der kavernösen Phthise, über das Verhalten des Herzens, des Fiebers, des Urins etc. bei derselben. Schließlich werden den akut verlaufenden Phthisisformen und der Kinderphthise noch einige Abschnitte gewidmet.

Mehr als ein Drittel des ganzen Buches aber nehmen dann noch die Abschnitte über Hygiene und Therapie ein. Namentlich der letztere ist mit großer Liebe gearbeitet und durch die reichen darin niedergelegten Erfahrungen des Verf.s sehr werthvoll geworden.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

9. **A. Neisser.** Über das Leucoderma syphiliticum.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis Bd. X. Hft. 3 u. 4. p. 491—508.)

Mit diesem Namen bezeichnet N. ein bereits von O. Simon gewürdigtes charakteristisches Symptom der Syphilis. Dasselbe entwickelt sich hauptsächlich bei Weibern (angeblich in 45 % aller syphilitischen Pat.) und hier wieder ganz überwiegend im Bereich des Halses innerhalb 2—3 Wochen und bleibt unter der Form linsen- bis zehnpfennigstückgroßer weißer Flecke etwa $^1/_2$—1 Jahr, selten länger bestehen. Verf., der diese Pigmentanomalie (Verlust, nicht Verschiebung) nur bei nachweisbar Syphilitischen gefunden, vermochte die Entstehung der weißen Flecke in Folge des Abheilungsprocesses

von Roseolaflecken und Papeln direkt zu beobachten: Es entstanden zunächst isolirte weiße Fleckchen, welche erst in allmählichem Wachsthum zum Überwiegen der pigmentlosen Partien über das dunklere schließlich netzwerkartige Grundterrain führten. Medikamente beeinflussen die Flecke nicht. In differentialdiagnostischer Hinsicht kommt in Betracht die idiopathische Leukopathie, die sich durch größere Weiße, beträchtlichere, flächenhafte Ausdehnung der Flecke und den dunkel gefärbten Rand (Pigmentverschiebung) unterscheidet, ferner die weißen Flecke bei Pediculose, die sich indess bei näherem Zusehen als Narben erweisen, und (wohl kaum, Ref.) die Pityriasis versicolor.

Es bildet das syphilitische Leukoderma nach N. die 3. Gruppe der Pigmentanomalien der Syphilis (1. Gruppe: Zurückbleiben starker Pigmentreste an voraufgegangenen Exanthemstellen, 2. Gruppe: Syphilis pigmentosa, 4. Gruppe: zufälliger Pigmentverlust auf Chloasma etc. durch Narben) und hat auch praktisch-diagnostische Bedeutung (doch dürfte es wohl gewagt sein, die Diagnose Syphilis auf das Vorhandensein des Leukoderma allein zu gründen, Ref.).

Fürbringer (Jena).

---

10. **Cantani** (Neapel). Hypodermoklysma.

(Gaz. degli osp. 1884. No. 80.)

Die Versuche C.'s mit der subkutanen Wassereingießung ergaben, dass bei Cholerakranken innerhalb 15 Minuten $1^1/_2$—$3^1/_2$ Liter aufgesaugt wurden. Damit hält er den experimentellen Beweis für erbracht, dass dem ausgetrockneten Cholerakranken das verlorene Wasser ersetzt werden und so wenigstens eine Todesursache aufgehoben werden kann, und zwar diejenige, die in erster Linie die Krankheit zu einer so mörderischen macht. Verschiedene brillante Erfolge berechtigen ihn für die Zukunft zu sehr günstigen Hoffnungen.

Die bisherigen Experimente wurden in sehr vorgerücktem Krankheitsstadium ausgeführt, und die Kranken zeigten während der Genesung eine leichtere und kürzer dauernde Reaktion, als dies sonst der Fall war. So ließe sich demnach durch diese Methode nicht nur das Leben der Kranken erhalten, sondern auch das Reaktionsstadium, das Choleratyphoid abkürzen und mildern, das sonst ohnehin noch mancherlei Gefahren mit sich bringt.

Das »Hypodermoklysma« muss aber ausgeführt werden, ehe die Austrocknung der Gewebe und speciell des Herzmuskels, des verlängerten Marks und der rothen Blutkörper einen so hohen Grad erreicht oder so lange gedauert hat, dass dadurch irreparable anatomische oder chemische Veränderungen gesetzt worden sind. Denn wenn bereits solche Zustände eingetreten sind, so vermag die Wasserzufuhr dieselben nicht mehr aufzuheben. Dieselbe sollte desshalb vorgenommen werden, sobald sich die ersten Symptome des Wassermangels,

die Krämpfe und die Abkühlung einstellen, also im Beginn des Stadium algidum.

Jedoch soll sie auch nicht zu früh in Scene gesetzt werden. So lange nur Diarrhöe und Erbrechen vorliegt, empfiehlt C. die kleinen Dosen von warmem Getränk mit Kognak und Laudanum und von salzsaurer oder milchsaurer Limonade (ebenfalls mit Kognak), ferner warme Darmeingießungen von Tanninlösung mit Laudanum oder besser von salzsaurer Limonade mit Laudanum.

Wenn diese Mittel versagen, nimmt er seine Zuflucht zur subkutanen Eingießung; er verwendet nicht mehr als 1 Liter auf einmal und wiederholt die Manipulation, wenn der Wasserverlust, die Cyanose und die Anurie fortdauern, in Zwischenräumen von 3—4 Stunden und mit kleineren Wassermengen, bis sich Urinsekretion und Resorptionsfähigkeit des Darmes einstellt.

Die Temperatur des Wassers normirt er auf ca. 38°, indem er zugiebt, dass die von anderen Seiten vorgeschlagene höhere Temperatur wegen der stattfindenden Wärmeentziehung vielleicht nicht ohne Vortheil sein könnte.

Die Zusammensetzung der Lösung ist 4,0 Kochsalz und 3,0 Natr. carb. auf 1 Liter destillirten oder gekochten Wassers. Ob diese oder die Samuel'sche Lösung (6,0 Kochsalz und 1,0 Natr. carb.) vorzuziehen ist, muss erst eine große Versuchsreihe lehren.

Die Wahl des Instrumentariums erscheint ihm gleichgültig. Je einfacher und bequemer, desto besser.

Er empfiehlt dringend, nach der Wassereingießung auch die übrige durch den Zustand des Kranken indicirte Behandlung fortzusetzen, also unter Umständen Excitantien, Massage, warme Tücher, heiße Bäder, auch Sauerstoffinhalationen, die nach dem Ersatz des Wasserverlustes von Nutzen sein können, während sie vorher nichts helfen.

C. hält diese Methode nicht für ein Specificum, theilt aber auch nicht den Skepticismus Anderer, sondern glaubt in ihr ein mächtiges Mittel zur Bekämpfung der Cholera zu besitzen. (Die neuesten Berichte aus Genua sprechen sich nicht besonders günstig über die Wirkung des Hypodermoklysma aus. Ref.) **E. Kurz** (Florenz).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **Tuppert.** Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung.
(Ärztl. Intelligenzblatt 1884. No. 37.)

12. **J. v. Kraicz.** Ein Fall von Tetanus traumaticus.
(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 36.)

T. hat bisher 14 Fälle von Wundstarrkrampf gesehen, die alle tödlich verliefen. Die meisten waren durch Fremdkörper (Holzsplitter) erzeugt worden, die stecken geblieben waren; einmal glaubt T. dem drohenden Tetanus in einem Falle

von Quetschung des Nagelgliedes eines Fingers mit Schiefbruch des Knochens — es waren bereits ziehende Schmerzen und Steifigkeit im Nacken vorhanden — durch Exartikulation der Phalanx vorgebeugt zu haben. Bei dem ausführlicher mitgetheilten Falle stellte sich 14 Tage, nachdem der Pat., ein 13jähriger Bursche, sich einen 3 cm langen Holzsplitter in den Fuß getreten hatte, der aber 3 Tage darauf durch Eiterung ausgestoßen worden war, worauf die Einstichwunde vernarbte, Trismus und Steifigkeit in den Beinen ein, welchem in der folgenden Nacht heftige tetanische Paroxysmen mit Opisthotonus folgten. Nachdem der Wundkanal gespalten war, wurde die abgebrochene und stecken gebliebene Spitze des Holzspanes entfernt, worauf unter antiseptischem Verband und Chloral-, Morphium-, Bromkali-Behandlung der Pat. nach einer Woche so weit war, die Extremitäten beugen und strecken zu können und nach 3 Wochen weitere Spaziergänge machen konnte.

Auch der von K. mitgetheilte Fall ging in Genesung aus. Hier hatte dem Pat. ein Stein 2 Finger zerschmettert, von denen der eine gleich amputirt wurde, der andere jedoch erst am dritten Tage, nachdem er gangränös geworden war. 14 Tage nach der Verletzung stellte sich Trismus ein, zu dem sich bald Opisthotonus und einige Tage später heftige klonische Krampfanfälle mit Cyanose im Gesicht, Suffokationserscheinungen, enorme Schweißsekretion gesellten. Diese Anfälle wiederholten sich, bei bestehendem hochgradigen Trismus und Opisthotonus ungefähr 10 Tage lang, dann ließ die allgemeine Starre nach, doch sind erst vier Wochen nach dem Auftreten des Trismus die Zahnreihen für Daumenbreite durchgängig. Der Ernährungszustand war bis aufs äußerste gesunken; die Therapie bestand ausschließlich in Morphium-Injektionen und Chloroform-Inhalationen.

Mendelsohn (Berlin).

13. B. Arnold. Ein Fall von Tetanus nach Abortus.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1884. No. 27.)

14. Werner. Zur Kasuistik des puerperalen Tetanus.

(Ibid.)

A. beobachtete bei einer 27jährigen Frau, die für ihr Alter viel zu fettleibig war, und die bereits einmal abortirt und einmal geboren hatte, 10 Tage nach einem erneuten Abortus, welcher eine profuse Blutung hervorgerufen hatte, die erst nach 3maliger Tamponade stand, die ersten Anzeichen von Tetanus. Am 12. Tage bereits war der Tetanus ein ausgesprochener, am 21. starb die Pat. in einem heftigen tetanischen Krampfanfall. Während der Dauer der Krankheit hatte mehrfach Blutabfluss aus den Genitalien bestanden. Die Autopsie zeigte eine im Fundus etablirte Endometritis. Wie so häufig im Wochenbett, trat der Tetanus auch hier, nach dem Abort, ein nach starken Blutungen, welche die Tamponade der Scheide nöthig machten.

Ebenfalls nach Abort trat der Tetanus in dem ersten der von W. mitgetheilten Fälle ein, welchen Baumgärtel beobachtet hat. Es wurden am Tage nach dem Abort einige Fetzen der zurückgebliebenen Placenta mit Mühe entfernt; geringe Blutung bestand fort. Bereits am Morgen des zweiten Tages trat Nackensteifigkeit ein; der Tetanus entwickelte sich sehr schnell und schon am Abend desselben Tages trat unter Krämpfen der Arme, der Unterschenkel, der Spinal- und Bauchmuskeln und des Zwerchfells der Tod ein.

Ein zweiter Fall betrifft Tetanus im Wochenbette bei einer 36jährigen Frau, die vor $2^1/_2$ Wochen ihr zehntes Kind ohne Kunsthilfe geboren hatte; auch hier war kurz nach der Entbindung ein starker Blutverlust eingetreten. Die Krankheit begann mit Schlingbeschwerden, Unvermögen die Kiefer zu öffnen, Schmerzen im Nacken von oft krampfartigem Charakter, entwickelte sich ziemlich schnell und hatte nach einigen Tagen den Tod zur Folge. Die Behandlung hatte außer in Morphium-Injektionen in den Nacken in T. Aconiti spir., 3mal täglich je 5 Tropfen bestanden.

Mendelsohn (Berlin).

15. **Gaucher** et **Boursier.** Infection purulente d'origine puerpérale chez l'homme — guérison.

(Revue de méd. 1884. T. IV.)

Ein Mann, welcher seine Frau im Wochenbettfieber gepflegt hatte, wurde von einer Infektionskrankheit befallen, die sich durch Fröste, Fieber, Albuminurie, Schwellung der Leber und Milz, hämatogenen Ikterus, Lungenkatarrh und multiple eitrige Entzündungen charakterisirte. Man fand keine andere Infektionsquelle als die Erkrankung seiner Frau, und die Verff. halten sich desshalb für berechtigt, ein Puerperalfieber beim Manne zu diagnosticiren.

Unverricht (Breslau).

16. **Judkins.** Hay-asthma — can it be relieved?

(Med. record 1884. Sept. 6.)

Der Fall betrifft eine 28jährige, verheirathete, seit 14 Jahren an jährlich wiederkehrenden Heufieberattacken leidende Dame, welche, nachdem alle sonst empfohlenen Mittel vergeblich angewandt waren, durch den Gebrauch von Acid. hydrojodicum, in Sirupform theelöffelweise gereicht und gleichzeitiges Auflegen von Senfblättern auf die Handgelenke, geheilt wurde. Ein anderer, vom Bruder des Verf. behandelter Fall von Heufieber hat auf das gleiche Medikament ebenfalls prompt reagirt. (Bei dem jetzigen Stand der Lehre vom Heufieber ist viel weniger daran gelegen, die ohnehin nicht geringe Zahl der gegen diese Erkrankung bislang empfohlenen Mittel um ein neues zu vermehren, als vielmehr festzustellen, ob dem genannten Leiden regelmäßig eine anatomisch nachweisbare, rhinoskopisch zu erkennende Läsion der Nasenschleimhaut zu Grunde liegt und desshalb hätte der rhinoskopische Befund in dem von J. mitgetheilten Falle viel mehr interessirt, als das durch die Jodwasserstoffsäure erzielte Heilresultat; auf diesen für die Pathologie des in Rede stehenden Leidens besonders wichtigen Punkt muss sich die Aufmerksamkeit der Ärzte in erster Linie richten und in zweiter Hinsicht muss eruirt werden, ob mit der Beseitigung der lokalen Erkrankung der Nasenschleimhaut ein Cessiren der Heufieberanfälle herbeigeführt wird. Ref.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

17. **MacCoy.** Report of a remarkable case of cough.

(Med. news 1884. Aug. 30.)

Es handelt sich um eine 40jährige verheirathete Frau, welche seit Jahren an nur für Stunden cessirenden, von heftigen Würganfällen begleiteten Hustenattacken litt, die jeder Therapie getrotzt hatten. Lungenbefund negativ. Die Untersuchung des Rachens ergiebt an der hinteren Pharynxwand ausgedehnte Narbenbildung; eine solche Narbe, horizontal an der hinteren Rachenwand verlaufend, bildet einen ca. $^1/_8$ Zoll im Durchmesser haltenden, in einer Höhe mit dem oberen Rand des arytänoidalen Theils des Kehlkopfs verlaufenden Strang, dessen Enden sich fächerförmig im Gewebe ausbreiteten. Dieser Strang war so gelegen, dass er den freien Rand des Kehldeckels bei Bewegungen des letzteren berührte und dadurch sollen sich nach Verf. in ungezwungener Weise die Hustenattacken der Pat. erklären. Dasselbe narbige Band hat auch die longitudinal und cirkulär verlaufenden Muskelfasern des Rachens in ihrer Thätigkeit beeinträchtigt und auf diese Weise deutet sich Verf. das Zustandekommen der Würgbewegungen. Die Narben im Rachen führt M. auf alte Lues zurück. Die von M. eingeleitete Therapie bestand in vertikaler Durchtrennung jenes horizontal gelegenen Narbenstranges, welche in mehrmonatlichen Zwischenräumen wiederholt wurden, worauf schließlich vollständige Heilung eintrat.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 50. **Sonnabend, den 13. December.** **1884.**

(Aus der Züricher med. Klinik.)

Klinische Beobachtungen über Naphthalin.

Von

Emil Schwarz, II. Assistenzarzt.

Nachdem Prof. Rossbach neuerdings die interne Anwendung des Naphthalins als Antidiarrhoicum bei verschiedenen Darmkrankheiten so warm empfohlen[1], ergriffen auch wir auf der Züricher Klinik die Gelegenheit, das Präparat zu prüfen, und zwar um so mehr, als in den Monaten September und Oktober wiederholt in verschiedenen Krankensälen bei mehreren Pat. zugleich akute und subakute Diarrhöen sich einstellten, ohne dass ein kausaler Zusammenhang derselben mit dem Grundleiden, das den Spitalaufenthalt bedingte, oder mit Indigestion u. dgl. nachzuweisen möglich war. Dagegen

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 42.

enthielten die Stühle nach einer mikroskopischen Untersuchung von Prof. Klebs Schizomyceten in großer Menge und machten auch sonst den Eindruck, dass in ihnen abnorme Gährungsprocesse bestehen. Es gehörte also die Mehrzahl unserer Fälle etwa in die 2. Gruppe der bei den Naphthalinindikationen von Rossbach namhaft gemachten enteritischen Affektionen.

Die Darreichung des Naphthalins geschah den Vorschriften Rossbach's gemäß in der von ihm Tage und selbst Wochen lang aufgeführten maximalen Einzeldosis zu 0,5, so dass pro die 1,5—3,0 gegeben wurden.

Wir machten dabei die Beobachtung, dass der Stuhl sehr rasch den fäkalen Geruch verlor und einen deutlichen Geruch nach Naphthalin verbreitete, aber ein Aufhören der Diarrhöe erfolgte nur in wenigen Fällen und war auch hier trotz ununterbrochen fortgesetzter Verordnung des Mittels stets nur ganz vorübergehend. Schließlich mussten wir meistens doch noch zu Opium mit oder ohne Adstringentien unsere Zuflucht nehmen.

Bei einem alten Mann mit Carcinoma ventriculi, welcher schon länger als drei Wochen an Durchfällen von aashaftem, die ganze Umgebung verpestendem Gestank litt, waren wir freilich auch schon damit zufrieden, diese höchst widerliche Eigenschaft der Stühle beseitigt zu haben, so dass der Pat., den man schon isoliren zu müssen geglaubt hatte, wenigstens in dem bisherigen allgemeinen Krankensaale verbleiben konnte.

Herr Prof. Klebs untersuchte bei der Sektion aus bestimmten, hier nicht zu erörternden Gründen den Darminhalt dieses Kranken. Er bestätigte, dass derselbe von Fäkalgeruch absolut frei sei, im Gegentheil einen nicht gerade unangenehmen Geruch nach Naphthalin besitze, konstatirte aber mikroskopisch darin eine Unmenge lebender Spaltpilze, die sich in Kulturen lebhaft vermehrten, und dies, trotzdem der Pat. länger als 8 Tage lang Naphthalin bekommen hatte.

Das Gleiche war der Fall bei einer an Marasmus senilis unter kolliquativer Diarrhöe zu Grunde gegangenen Kranken.

Ist es uns demgemäß also vorläufig auch nicht möglich, die erhebliche antidiarrhöische Wirksamkeit des Naphthalins zu bestätigen, so müssen wir um so entschiedener seinen desinficirenden resp. desodorativen Einfluss hervorheben.

Derselbe war uns auch noch in einem anderen Falle höchst willkommen, wo zwar Jodoform etwelchen, aber doch nicht genügenden Effekt geäußert hatte. Es handelte sich um eine Nephrophthise mit seit Monaten bestehender Incontinentia urinae und ammoniakalisch zersetztem, widerlich stinkendem Harn. Hier geschah die Anwendung des Naphthalins äußerlich, indem davon einige Gramme jeweilen vor dem Gebrauch des Uringefäßes in dieses, so wie eine kleine Menge auf die äußeren Genitalien gestreut wurden.

Dadurch ließ sich der üble Geruch des Harns ebenfalls gänzlich verdecken; die Pat. zu separiren wurde nicht nothwendig.

Eines aber müssen wir vor Allem erwähnen, was uns bei der innerlichen Anwendung auffiel. Mehrmals nämlich traten bald nach dem Naphthalingebrauch eine bemerkenswerthe Alteration der Harnfarbe, namentlich aber eigenthümliche Störungen bei der Exurese ein.

Der Harn wurde dunkel, leicht burgunderfarben, nahm einen aromatischen Geruch an, war aber frei von Eiweiß und morphotischen Sedimentbestandtheilen. Dazu klagten die Pat. über häufigen Urindrang und recht unangenehme Schmerzen beim Urinlassen, so dass man das Mittel mehrfach sofort auszusetzen gezwungen war.

Dass die Schmerzen in der That mit dem Naphthalingebrauch in Zusammenhang standen, davon konnten wir uns aufs unzweideutigste überzeugen, weil sie mit dem Aussetzen des Medikamentes schwanden, um nach erneuter Ordination wiederzukehren.

Hervorgehoben sei noch, dass unser Präparat vollkommen rein, und nach Rossbach'scher Methode dargestellt war.

Es wäre mit dieser Mittheilung zurückgehalten worden, wenn nicht Rossbach neuerdings[2] das Naphthalin auch noch speciell für die Therapie von Blasenaffektionen empfohlen hätte, während unsere Erfahrungen darauf hinzuweisen scheinen, dass gerade bei diesen Erkrankungen, indem schon die normale Blase entschiedene, häufig wohl nur individuelle Empfindlichkeit gegenüber dem Mittel zeigt, eine Naphthalinbehandlung besondere Vorsicht erheischen dürfte.

Diese Vermuthung konnten wir denn auch wirklich noch in den letzten Tagen bestätigt sehen, indem bei einem Tabiker mit Cystitis schon nach dem Verbrauch von bloß 6,0 Naphthalin so heftiges Brennen in der Harnröhre auftrat, dass wir auch hier von der ferneren Verabreichung abstrahiren mussten.

Zürich, 28. November 1884.

---

1. **R. v. Jaksch.** Über Propeptonurie.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VIII. p. 216.)

Es sind eine Reihe unter sich sehr verschiedener Fälle beschrieben worden, wo sich im Harn Propepton (Hemialbuminose) fand, Propepton, ein Eiweißkörper, der regelmäßig bei der Verdauung des Eiweißes im Magen entsteht. v. J. untersuchte den Harn in mehreren hundert Fällen der verschiedensten Art bei akuten und chronischen Fällen auf Propepton, fand dasselbe aber nur einmal bei tuberkulöser Infiltration beider Lungen und gleichzeitiger Darmtuberkulose, welche unter anhaltenden Diarrhöen zu Ödemen geführt hatte.

Der auf das Sechsfache verdünnte Harn zeigte schwache Biuretreaktion, mit Essigsäure und Ferrocyankalium gab er sofort eine deutliche Trübung; versetzt man eine Probe des Harns mit Kochsalz bis

[2] Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 46.

zur Sättigung, so tritt ein flockiger Niederschlag auf, der sich in Essigsäure beim Erwärmen löst und beim Erkalten wieder einstellt.

In welcher Beziehung das Propepton zu den betreffenden Erkrankungen steht, lässt sich bisher nicht angeben.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. E. Maixner. Über eine neue Form der Peptonurie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VIII. p. 234.)

Pepton findet sich häufig im Harn, wenn sich größere Mengen von Eiter im Körper ansammeln (Maixner) und gleichzeitig ein Theil der Eiterkörperchen, die Träger des Peptons, zerfallen (Hofmeister). Von dieser von ihm als pyogene bezeichneten Peptonurie unterscheidet v. Jaksch eine zweite, die hämatogene, welche durch Zerfall von lymphatischen Elementen des Blutes (z. B. bei Skorbut) veranlasst wird. M. stellt in der vorliegenden Arbeit eine dritte Form, die enterogene, auf, welche auf einem abnormen Übertreten von Pepton aus dem Verdauungstractus in den Kreislauf beruht.

Zum Nachweis des Peptons wird etwa vorhandenes Eiweiß durch Kochen mit Eisenchlorid und essigsaurem Natrium, Mucin durch Fällung mit neutralem essigsaurem Blei entfernt; der Harn mit Salzsäure angesäuert, das Pepton durch phosphorwolframsaures Natrium niedergeschlagen; der Phosphorwolframsäure-Niederschlag mit Baryumhydrat zerlegt, im Filtrat mittels der Biuretreaktion auf Pepton geprüft.

Bei 12 Fällen von Magencarcinom fand sich in jedem Fall, wenn auch nicht bei jeder einzelnen Untersuchung, Pepton im Harn. Die Geschwulst an sich war nicht der Anlass für Peptonbildung und Peptonurie, auch nicht eine etwaige Proliferation oder Zerfall derselben. Vielmehr kommt M. auf Grund der von Hofmeister verfochtenen Anschauungen zu dem Schlusse, dass die pathologisch veränderte Magenschleimhaut zwar im Stande ist das im Magen gebildete Pepton zu resorbiren, aber die sonst vorhandene Fähigkeit, das resorbirte Pepton in Eiweiß zu verwandeln, verloren hat. So gelangt Pepton ins Blut und von dort in den Harn.

Ähnlich erklärt M. die allerdings nur selten auftretende Peptonurie bei Ileotyphus. Hier kann sich aus abgestoßenen Epithelien, aus dem eiweißhaltigen Darmsaft — die Untersuchung von Typhusstühlen hat das Vorhandensein von Eiweiß und die Anwesenheit von Fäulnisprocessen erwiesen — Pepton bilden und dieses kann dann ebenfalls von der zerstörten Darmoberfläche unverändert resorbirt und durch den Harn ausgeschieden werden.

Auch bei anderen Affektionen, die zu ausgebreiteten Läsionen der Darmschleimhaut führen, konnte diese enterogene Peptonurie beobachtet werden.

F. Röhmann (Breslau).

---

3. **Pietro Grocco** (Pavia). Di nuovo sulla peptonuria.

(Annal. univ. di med. e chir. 1884. Vol. CCLXV.)

Die vorliegende Arbeit bereichert zunächst die Kasuistik der Peptonurie um eine große Reihe von neuen Fällen — im Ganzen 351 Untersuchungen bei Gesunden, innerlich und äußerlich Kranken, mit 133 positiven Resultaten. Letztere bestätigen im Ganzen die von Hofmeister, Maixner und v. Jaksch gemachten Angaben, dass das Auftreten von Pepton im Urin die Folge sei der Resorption zerfallender Eiter- resp. weißer Blutkörper, also einmal an lokale Entzündungsherde verschiedenster Art (Pleuritis, Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Meningitis, Frakturen, Phlegmonen etc.), andere Male an allgemeine Blutdissolution (Skorbut, Purpura, auch Malaria) sich anschließe. Die Untersuchungen bei Magenerkrankungen, speciell bei Carcinom fielen negativ aus; dagegen glaubt Verf. eine ergiebige und früher nicht hinreichend gewürdigte Quelle für Harnpepton in der Nephritis, namentlich der akuten Form, gefunden zu haben. Auch bei dieser steht aber, wie bei den anderen Affektionen, die Peptonmenge zu der des Eiweißes in keinerlei Verhältnis. Peptonurie kann vielmehr ganz ohne Albuminurie erscheinen, und albuminurischer Harn wird weder durch Zersetzung noch durch Erhitzung nothwendig peptonhaltig. Eine diagnostische Bedeutung betr. Unterscheidung einfacher und eitriger Exsudate kommt der Peptonurie nicht zu, namentlich darf man auf dies Symptom hin nicht eitrige Pleuritis diagnosticiren. Der Peptonnachweis geschah nach Hofmeister's Methode: Fällung mit Phosphorwolframsäure nach vorgängiger Entfernung der gewöhnlichen Albuminate durch Kochen mit Chlornatriumlösung und ev. des Propeptons durch Essigsäure und Ferrocyankalium.) Um die Farbenveränderung bei der Biuretreaktion deutlicher zu machen, wurde der Harn zunächst mit neutralem Bleiacetat entfärbt und dann mit doppeltkohlensaurem Natron entbleit.

Posner (Berlin).

---

4. **S. Lustgarten.** Über specifische Bacillen in syphilitischen Krankheitsprodukten.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 47.)

L. ist es mit Hilfe eines besonderen Färbungsverfahrens gelungen, in Schnitten von zwei syphilitischen Initialsklerosen und einem Gummaknoten Bacillen nachzuweisen, welche — abgesehen von ihrem tinktoriellen Verhalten — durch Gestalt und Lagerungsverhältnisse so charakterisirt sind, dass ein Zweifel an der Eigenartigkeit der gefundenen Organismen kaum obzuwalten scheint. Diese Bacillen, welche in jedem der untersuchten Schnitte, wenn auch in wechselnder und im Ganzen nicht beträchtlicher Menge vorkamen, stellen schlanke, gerade oder etwas gekrümmte Stäbchen von ungefähr derselben Größe und demselben Aussehen, wie die Tuberkelbacillen dar, liegen immer einzeln oder

in kleinen Gruppen in etwas gequollenen lymphoiden Zellen eingeschlossen und lassen bei Betrachtung mit Ölimmersion ($^1/_{20}$) ähnliche helle Stellen erkennen, wie sie die Tuberkelbacillen in Gestalt ihrer Sporen aufweisen. Der Umstand, dass die gefundenen Bacillen immer in Zellen liegen, schließt eine etwaige Täuschung durch andere, zufällig vorhandene Mikroorganismen aus. Andererseits ermöglicht die vom Verf. geübte Tinktionsmethode, sie von Lepra- und Tuberkelbacillen, so wie überhaupt von allen anderen bis jetzt gekannten Bakterien zu unterscheiden. Kokken hat L. niemals in den syphilitischen Neubildungen beobachtet; ihre Erwähnung durch frühere Autoren beruht daher wohl auf irrthümlicher Verwechslung mit anderen Gebilden, z. B. Plasmazellen. Die specifische Farbstoffreaktion wird Verf. erst in einer späteren ausführlichen Arbeit beschreiben. Wenngleich er selbst vor der Hand sich mit vollem Recht noch durchaus reservirt über die ätiologische Beziehung der in Rede stehenden Gebilde zur Syphilis ausspricht, so gewinnt sein Befund doch dadurch wesentlich an Bedeutung, dass derselbe nach seiner Angabe durch Koch und Weigert anerkannt worden ist. Die betreffenden mikroskopischen Untersuchungen wurden im pathologischen Institut zu Leipzig mit Weigert's Unterstützung ausgeführt.

A. Fraenkel (Berlin).

---

5. **W. Meisels.** Weitere Mittheilungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blute bei der allgemeinen akuten Miliartuberkulose. (Aus der Prosektur des Rudolf-Spitales in Wien.)

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 39 u. 40.)

Nachdem es Weichselbaum bereits gelungen, im Blute von an allgemeiner Miliartuberkulose Verstorbenen, Bacillen aufzufinden, hat Verf. diese Untersuchungen nach zwei Richtungen hin fortgesetzt. 1) Ist in allen oder nahezu allen Fällen dieser Erkrankung der Nachweis dieser specifischen Krankheitsträger möglich? 2) Kann auch die Blutuntersuchung am Lebenden ein in dieser Hinsicht positives Resultat liefern? Betreffs des ersten Punktes hat Verf. 8 Fälle untersucht und in allen gelang es ihm Tuberkelbacillen im Leichenblute aufzufinden, wenngleich nur in geringer Zahl in relativ vielen Präparaten. Bemerkenswerth ist, dass in einem von diesen Fällen in dem der Milz entnommenen Safte, trotz anscheinendem Intaktseins der Milz verhältnismäßig viele Bacillen aufgefunden werden konnten. Verf. kommt nach diesen, seinen Untersuchungen zu dem Schlusse, dass das Vorhandensein von Bacillen im Blute bei der betreffenden Erkrankung nicht als ein zufälliges oder rasch vorübergehendes Ereignis aufzufassen sei, sondern dass es ein konstantes und pathognomonisches Merkmal dieser Krankheit bildet. Auch experimentell, durch Impfung mit diesem Blut, konnte bei Kaninchen stets allgemeine Tuberkulose erzeugt werden.

Den zweiten Punkt anlangend, so hatte Verf. nur Gelegenheit in 2 Fällen intra vitam das Blut auf Bacillen untersuchen zu können, das eine Mal mit positivem, das andere Mal mit negativem Resultat.

Einer Ansicht von Weichselbaum folgend, macht Verf. endlich darauf aufmerksam, dass es wahrscheinlich auch bei Lebenden am leichtesten gelingen würde, Bacillen im Milzsafte nachzuweisen, einmal, weil erfahrungsgemäß in Folge der besonderen Einrichtung des Gefäßapparates der Milz feinste ins Blut gebrachte Partikelchen sich dort anhäufen und zweitens, weil auch in seinem (oben erwähnten) Fall sich im Milzsaft relativ viele Bacillen nachweisen ließen. Er plaidirt desshalb dafür, bei Lebenden mittels der Pravaz'schen Spritze behufs Diagnosenstellung etwas Saft aus der Milz zu ziehen.

Leubuscher (Breslau).

---

6. **A. Bókai.** Aphoristische Bemerkungen über die Herzbewegungen.

(Pester med.-chir. Presse 1884. No. 35 u. 36.)

A. Die Erklärung der systolischen Rotationsbewegung des Herzens.

Die Rotationsbewegung des Herzens von links nach rechts spielt inmitten der komplicirten Herzbewegung eine große Rolle. Wenngleich nun auch schon von anderer Seite die Vermuthung ausgesprochen worden ist, dass die alte Hypothese für das Zustandekommen dieser Rotationsbewegung (Stromesrichtung des Blutes, Streckung der großen Gefäße) falsch sei und dass man die Ursache vielmehr in der Anordnung der Herzmuskelfasern suchen müsste, so hat doch B. erst den experimentellen Nachweis dafür erbracht. Bei einem kurarisirten Hunde legte er durch Eröffnung des Brustkorbes, Schlitzung des Herzbeutels das Herz frei und führte dann etwa in der Mittellinie des linken Ventrikels einen Finger breit nach unten von den großen Gefäßen einen 2—$2^1/_2$ cm langen und 3—5 mm tiefen von oben nach unten gerichteten Schnitt; sofort sistirten die Rotationsbewegungen, ohne dass sonst im Charakter der Herzbewegung oder deren Kraft irgend eine andere Veränderung aufgetreten wäre. Es geht daraus hervor, dass die Rotationsbewegung von diesen Muskelfasern abhängig ist und zwar handelt es sich hier um quer verlaufende Muskellamellen, deren Ursprung wahrscheinlich im Septum, deren Insertion in den Trabekeln liegt.

B. Einige Bemerkungen über den Herzspitzenstoß.

Von den Erklärungen für das Zustandekommen des Spitzenstoßes hat am meisten die Alderson-Gutbrod-Skoda'sche Hypothese Geltung, nach welcher der Spitzenstoß die Folge eines Rückstoßes ist, welchen das Herz bei der Systole erleidet und hat man in dieser Beziehung das Herz mit dem Segner'schen Rade oder mit einem Gewehre verglichen. Gegen diese Ansicht tritt B. auf. Er bestreitet zunächst, dass man das Herz, das seinen Inhalt durch eigene Kontraktion aus-

treibt, mit den angeführten leblosen Gegenständen vergleichen dürfe. Der Vergleich wäre schon desshalb unrichtig, weil das aus dem Herzen in die Gefäße strömende Blut — anders als die Flüssigkeit beim Segner'schen Rade — einem Drucke ausgesetzt sei. Der in der Aorta vorhandene Druck sei stets dem im linken Ventrikel gleich und eben so sei das Verhältnis zwischen der Pulmonalis und dem rechten Ventrikel. Die auf das Herz angewendete Rückstoßtheorie sei demnach »eine physikalische Unmöglichkeit«. Auch der Hiffelsheim'sche Kautschukversuch vermag in der Ansicht des Verf.s nichts zu ändern, da auch der Kautschuk eine todte Masse und obenein noch in hohem Maße elastisch sei. B. wendet sich dann gegen die Guttmann-Jahn'schen Versuche, bei welchen der Spitzenstoß zum Verschwinden gebracht wurde durch Abschnüren der zum Herzen führenden Venen, bei welchen also die Bedingung für das Zustandekommen eines Rückstoßes aufgehoben wurde. Verf. führt dagegen seine eigenen, diesen Beobachtungen widersprechenden Versuchsresultate an. Er unterband an Hunden sowohl Aorta als Pulmonalis an ihren Ursprungsstellen; die Herzbewegung war zwar etwas schwächer geworden, behielt aber ihren normalen Bewegungstypus, auch eine Unterbindung sämmtlicher zum Herzen führenden Venen hatte dasselbe Resultat.

Eine weitere vom Verf. erörterte Frage ist die der Verlängerung der großen Gefäße bei der Systole, durch welche Verlängerung man das Abwärtsgleiten des Herzens erklären zu können glaubte. Diese Verlängerung der großen Gefäße ist jedoch rein hypothetisch und durch nichts bewiesen und ist B. der Ansicht, dass eine solche Verlängerung gar nicht zu Stande kommen kann. Die Länge der Gefäße müsse ungefähr gleich bleiben, denn um wie viel sie sich beim Einströmen des Blutes durch Streckung verlängerten, um so viel würden sie sich durch Breitenausdehnung verkürzen. Außerdem, sei die Elasticität der Aorta sowohl als der Pulmonalis keine so bedeutende, dass sie eine derartige Streckung gestattete. Indem B. nun weder die Rückstoßtheorie noch diese systolische Verlängerung der großen Gefäße acceptirt, folgert er weiter, dass das Herz während der Systole sich gar nicht nach abwärts bewegen könne. Um dies zu beweisen, hat er zunächst die Versuche von Filehne und Pentzoldt wiederholt und gefunden, dass bei der Systole die Herzspitze sich nach oben retrahirte, während sie bei der Diastole nach abwärts rückte. Die Bewegungen der Herzbasis geschahen gerade umgekehrt bei der Systole abwärts, bei der Diastole aufwärts. Die Lokomotion der Spitze nach oben geschieht nicht parallel der Längsachse des Thieres, sondern bildet nach rechts einen spitzen Winkel zu ihr, während sie bei der diastolischen Bewegung nach abwärts, gleichzeitig nach links abweicht. Außer diesem machte die Spitze noch eine Drehbewegung von links nach rechts und schließlich war noch zu beobachten, dass am Schlusse die Herzspitze sich nach vorn gegen die Brust erhob. Bezüglich aller dieser Bewegungen war es gleich, ob die zwei großen Arterien oder die zum Herzen führenden Venen unterbunden waren. Auch eine

graphische Darstellung ergab mit diesen Beobachtungen übereinstimmende Resultate.

Schließlich untersuchte B. noch, wodurch jene Erhebung der Spitze nach vorn zu Stande kommt und gelangte er zu der Ansicht, dass diese Bewegung Folge eines besonderen Verlaufes der Herzmuskelfasern sei. Machte er an dem Spitzentheil 3—4 mm weit vom Sulcus longitudinal. einen seichten Einschnitt, so sistirten die Bewegungen der Spitze nach vorn, ohne dass die übrigen Bewegungen des Herzens verändert worden wären. Diese Bewegung der Spitze nach vorn ist nach B. nun auch die Ursache des Spitzenstoßes, eines Phänomenes also erzeugt durch die Kontraktion besonders angeordneter Muskelfasern.

Leubuscher (Breslau).

---

7. H. **Scheiber** (Budapest). Über die Herzbewegungen. Bemerkungen zu den aphoristischen Mittheilungen des Prof. A. Bókai.

(Pester med.-chir. Presse 1884. No. 36. — Orvosi hetilap 1884. No. 31.)

Verf. weist gelegentlich der Arbeiten Bókai's darauf hin, dass er selbst schon vor 22 Jahren eine hakenförmige Krümmung der Herzspitze als Ursache des Spitzenstoßes bezeichnet habe. Diese Bewegung der Herzspitze kommt gerade dann zu Stande, wenn in Folge der Rotationsbewegung des Herzens der linke Ventrikel gegen die Brustwand gerichtet ist. S. kann den Beobachtungen Bókai's voll und ganz beistimmen und »spricht am Schlusse seine freudige Genugthuung darüber aus, dass Bókai seine vor vielen Jahren aufgestellte und von den meisten Autoren ignorirte These auf experimentellem Wege bestätigt hat«.

Leubuscher (Breslau).

---

8. H. **Möser** (Würzburg). Beitrag zur Diagnostik der Lage und Beschaffenheit von Krankheitsherden der Medulla oblongata.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV. Hft. 5.)

Verf. unterzieht verschiedene zur Entstehung der akuten Bulbärparalyse (er nennt sie zum Unterschied von der typischen progressiven Bulbärparalyse »periphere« Bulbärparalyse) in Beziehung stehende Punkte einer Erörterung und geht besonders auf eine bis dahin wenig berücksichtigte Herderkrankung, das Aneurysma der A. vertebralis näher ein.

Zunächst konstatirt Verf. entgegen Lichtheim, der die A. vertebralis für eine Embolie sehr ungünstig veranlagt hält, da sie als engeres Gefäß in ein weiteres übergeht, dass an der Übergangsstelle gerade der linken Vertebralis in der Basilaris sich fast immer eine Einschnürung findet: An der rechten Vertebralis ist eine Verengerung nicht so häufig und meist geringer. Diese Verengerung der Mündungsstelle begünstige wesentlich das Zustandekommen einer

Embolie. Dieselben Verhältnisse, die diese Differenz der Weite des Arterienlumens bedingen, — Abnahme der Elasticität der Arterienwand in Verbindung mit den mechanischen Einwirkungen des Blutstroms — führen auch zur Entwicklung eines Aneurysma der Vertebralarterie. Oder es ist partielle Verstopfung des Gefäßlumens durch einen Embolus. An der Basilaris ist häufige Ursache von Aneurysmenbildung die syphilitische Erkrankung der Gefäßwand.

Verf.s erster Fall von Aneurysma der Vertebralis ist folgender:

Eine 63jährige Pat. mit Aortenstenose wird mehrere Tage nach einem Ohnmachtsanfall von plötzlichem Verlust der Sprache, Lähmung der rechten Gesichtshälfte, Anästhesie des rechten Arms befallen. Die Sensibilitätsstörung geht zurück, die Sprache kehrt wieder, ist aber lallend. Ein zweiter Anfall von Sprachlosigkeit und Zungenlähmung geht in $^1/_4$ Stunde vorüber. Eine dritte Attacke führt zu Sprachlosigkeit mit Unbeweglichkeit der Zunge, Lähmung des linken unteren Facialis und linken Abducens, Schlinglähmung und Schwäche der Kaumuskeln. Besserung; nach einigen Wochen wieder absolute Lähmung der Zunge und des Schlingens, Steigerung der Pulsfrequenz auf 140 und Exitus letalis.

Die Obduktion ergab ein Aneurysma der linken A. vertebralis mit Verdickung der Wand und Depression der Med. oblongata, Zerstörung des linken Corp. striatum, Atherom der Karotiden. Die Kernregion der Med. oblongata und die Nerven zeigten (makroskopisch) keine Veränderung.

Verf. bezieht die erste Attacke auf den Herd im Corp. striatum, die folgenden und die dauernde Sprach- und Schlingstörung auf das Aneurysma der Vertebralis, das als Tumor durch Druck auf die Seitenfläche der Med. oblongata gewirkt habe.

Im Rückenmark fanden sich verschiedene Stellen grauer Entartung, von denen diejenige im rechten Seitenstrang wohl auf absteigende sekundäre Degeneration zu beziehen ist. Was die Entartung in den »gekreuzten Abschnitten der Vorderstränge« und in den Hintersträngen bedeutete, ist bei dem Mangel mikroskopischer Untersuchung nicht klar.

Während in einer Reihe von analysirten Fällen, die Herderkrankungen in der Med. oblongata oder am Boden des vierten Ventrikels betrafen, Tumorbildungen und Erweichungen, entweder nur ein Theil des Symptomenkomplexes der Bulbärparalyse, oder das ganze Bild derselben, aber mit Extremitätenlähmung sich fand, trat in Verf.s Fall von Aneurysma der Vertebralis das ganze Bild der Duchenneschen Bulbärparalyse auf. Man könnte demnach, meint Verf., annehmen, dass in diesem Fall das dem Sitze nach bis jetzt unbekannte Koordinationscentrum der Artikulation und Deglutition betroffen war und das betr. Centrum daher an die Seiten- und Vorderfläche der Med. oblongata verlegen. Einige Fälle aus der Litteratur (von Leyden, Jackson) scheinen dem Verf. ebenfalls dafür zu sprechen. (Die Existenz eines solchen Centrums — abgesehen von den Kernen der betr. Nerven — ist überhaupt fraglich und dessen Annahme wahrscheinlich überflüssig. Ref.)

Der zweite Fall des Verf.s betrifft einen 61jährigen Mann mit Insufficienz und Stenose der Mitralis und allmählich entwickelten Lähmungserscheinungen. Im August 1882: Lähmung beider unteren Faciales, Parese der Zunge und des weichen Gaumens; Bewegungen der Extremitäten langsam und schwerfällig, keine Sensibilitätsstörungen. Im Juli 1883: Gehen unmöglich, Parese der oberen Extremitäten, häufiges Verschlucken, Vorwiegen der Lähmung des linken unteren Facialis, zuckende Kontraktur des rechten Corrugator supercilii. Zunge nur wenig beweglich,

nach rechts abweichend, Kauen und Schlingen erschwert, Sprache schwerfällig, monoton.

Lautes Geräusch beiderseits zwischen Process. mastoideus und Wirbelsäule, rechts stärker als links. Cheyne-Stokes'sches Phänomen.

Diagnose: Aneurysma der Basilaris mit Kompression der Pyramidenkreuzung.

Bei der Sektion: Ziemlich bedeutende aneurysmatische Erweiterung der linken A. vertebralis, seichte Depression an der unteren Fläche der Med. oblongata, Verschmächtigung des linken Corp. restiforme, Abplattung der rechten Olive. Graue Verfärbung des rechten und schwächere des linken Seitenstranges im Rückenmark. Außerdem verschiedene Erweichungsherde in beiden Großhirnhemisphären, rechts in der äußeren Kapsel, im Marklager, im Corp. striat. und Thalam. optic., links im Linsenkern und Thalam. optic. Die vielfachen Herde machen eine Beziehung der Extremitätenlähmung auf die Affektion des Bulbus unmöglich, dagegen meint Verf. die bulbären Symptome auf den Druck des Aneurysma zurückführen zu dürfen.

Interessant ist in diesem Fall das Gefäßgeräusch; das stärkere Hervortreten desselben auf der rechten Seite kam von der Überlagerung der linken Vertebralis nach rechts. Bei einer großen Reihe von darauf untersuchten Pat. fehlte dieses Geräusch. Dagegen wurde ein eigenthümliches Summen rechts hinter dem Proc. mastoid. gehört bei einer 20jährigen Pat. mit Insufficienz und Stenose der Mitralis, die eine mäßige Parese des rechten Facialis, Abweichung der Zunge nach rechts, Parese des rechten Gaumensegels (ohne Erscheinungen an den Extremitäten) zeigte.

In einem dritten zur Sektion kommenden Fall, einer 70jährigen Frau, fand sich hochgradige Erweiterung der linken Vertebralis und tiefer Eindruck an der Med. oblong.

11 Wochen vor der Aufnahme Schwindel, seitdem Unmöglichkeit zu stehen, Herabhängen des rechten Augenlids, seit 4 Wochen rechtsseitige Facialislähmung, Schluckbeschwerden, seit 14 Tagen unwillkürlicher Urin- und Stuhlabgang, seit 8 Tagen Schwerhörigkeit, Benommenheit und leichte Artikulationsstörungen. Bei der Aufnahme Ptosis rechts, Pupillenverengerung, Lähmung des rechten unteren Facialis, Abweichen der Zunge nach rechts, Lähmung des rechten Gaumensegels; Insufficienz und Stenose der Mitralis, Atherom der peripheren Arterien. 5 Tage nach der Aufnahme plötzlich absolute Hypoglossuslähmung mit Anästhesie, Aufhebung der Deglutition. Tod.

Schließlich theilt Verf. noch eine Beobachtung aus Prof. Gerhardt's Privatpraxis mit, die mit dem ersten Fall in den Symptomen manche Ähnlichkeit und ein systolisches Geräusch links zwischen Proc. mastoideus und Wirbelsäule bot: eine primäre centrale Embolie in das rechte Corp. striatum und partielle Verstopfung der linken Vertebralis, consecutiv dann Bildung eines Aneurysma mit Kompression der seitlichen Fläche der Med. oblongata wird diagnostisch angenommen.

Eisenlohr (Hamburg).

---

9. **E. Suñer** (Madrid). La antipirina.

(El Genio-Medico-Quirurgico 1884. No. 1430. Aug. 5 u. No. 1434. Sept. 7.)

Auf der Klinik Kispert's, welcher das Antipyrin in Spanien einführte, stellte S. Versuche damit an. Dieselben wurden zuvörderst an 3 Pat. angestellt. 1) Tertiana (40jährige Kranke), 2) gastrisches

Fieber (9 Jahre altes Mädchen), 3) linksseitige Parametritis (29 Jahre). In allen Fällen zeigte das Antipyrin guten und prompten Erfolg, und war eine Dosis von 3—4 g täglich genügend, um das Fieber zu bekämpfen; unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Ref. beobachtete an einer Kranken mit Pyonephritis tub. schon auf 3 g starkes Sinken des Fiebers unter Schweißbildung, am 4. Tage. bei täglicher Dosis von 3 g Antipyrin, zeigte sich ein über den ganzen Körper auftretendes Erythem mit starkem Jucken, dasselbe nahm allmählich ab, trotz des Weitergebrauchs des Antipyrin und blasste nach 6 Tagen vollständig ab, ohne Desquamation zu hinterlassen. Keine Erkrankung der Schleimhäute zeigte sich mit diesem Erythem vergesellschaftet.

Die Tertiana verschand schon nach der ersten Dosis, allerdings wurden die folgenden 2 Tage je 3 g Antipyrin noch gereicht.

G. Kispert (Madrid).

---

10. **A. Erlenmeyer.** Die gleichzeitige Anwendung verschiedener Bromsalze bei Nervenleiden, insbesondere bei Epilepsie.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1884. No. 18.)

Nach E. stehen sich Bromkalium, Bromnatrium, Bromammonium und Bromlithium in ihrer antispasmodischen, sedativen Wirkung völlig gleich; keines verdient vor dem anderen den Vorzug. Eine derartige Beeinflussung der Epilepsie, dass auch nach dem Aussetzen des Mittels die Anfälle ausbleiben, wurde bei keinem der vier Salze beobachtet. Die üblen Einwirkungen des Bromkalium auf Herz, Gefäßapparat und Respiration kommen den anderen obengenannten Bromsalzen nicht zu. Merkwürdig ist die von E. gemachte Beobachtung, dass jedes der obigen Salze für sich Bromakne erzeugen kann, dieselbe aber unter dem Gebrauche gleicher Dosen eines anderen Bromsalzes verschwindet. Diese Beobachtung veranlasste E. zur Anwendung der Bromsalze in kombinirter Form, wobei sich als am meisten zweckentsprechend eine Kombination von Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium im Verhältnis von 1 : 1 : $^1/_2$ herausstellte. Bei dieser Kombination wurde ein prolongirtes Aussetzen der Anfälle erzielt, Bromakne trat nicht ein, da durch ein Einzelsalz hervorgerufene Akne verschwand bei Gebrauch des kombinirten Salzes. Mit Rücksicht auf den nachtheiligen Einfluss der Bromsalze auf die Verdauung empfiehlt E. ferner den Gebrauch eines »Bromwassers« aus 750 ccm kohlensauren Salz-Sodawasser, 4,0 Bromkalium, 4,0 Bromnatrium und 2,0 Bromammonium (mit Zusatz von 1 Tropfen Ammoniak behufs Alkalisirung des meist sauer reagirenden Bromammoniums); hiervon bei Epileptikern $^1/_2$—1 Flasche im Laufe des Tages, nach den Mahlzeiten. Die Behandlung ist bis zum Eintreten von Intoxikationserscheinungen (Schlafsucht, geistige Benommenheit, schlaffe Körperhaltung, unsichere Bewegung, Erschwerung der Sprache) fortzusetzen. Außer bei Epilepsie erwies sich das Bromwasser auch bei Hysterie und hysterischem Kopfschmerz, Pavor nocturnus, Neur-

asthenie mit Pollutionen, Hemikranie und Schlaflosigkeit nach Morphiumentziehung nützlich. **A. Eulenburg** (Berlin).

---

11. **Unna.** Fettsalben und Kühlsalben.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 6.)

Unter »Kühlsalben« versteht Verf. sich kühl auf der Haut anfühlende Salben, deren Kriterium in der Eintragung von Wasser in das Fett besteht, wie es bei dem Ung. plumbic., leniens, rosatum und zinci der alten Pharmakopöe der Fall ist. Während die Applikation von wässrigen Lösungen auf die Haut nur für die kurze Zeit ihres Verdunstens Kälte zu erzeugen vermag, fungirt die Wasserfettsalbe als ein bei entzündlichen Hautkrankheiten belangreiches Kühlungsreservoir, welches sein von Fett umhülltes Wasser nur ganz allmählich abgiebt. Durch einen Zusatz von Seife und seifenähnlichen Körpern kann, wie eine mikroskopische Durchmusterung erweist, die Zertheilung des Wassers im Fette sehr erheblich gesteigert werden; allein die so komponirten Präparate kühlen desshalb nicht mehr und werden auch nicht haltbarer.

Der Umschluss der Wassertröpfchen seitens des Fettes ist ein sehr fester; nur fettlösende Mittel (Äther, Chloroform, in geringem Grade Seife, nicht aber Alkohol und Glycerin) befreien das Wasser und bringen es zur Verdunstung. Eben so macht ein scharfer (Blasebalg-) Luftzug und Erhitzung die staubförmigen Wassertröpfchen schwinden. Hingegen ist ein Übergang von Kühlsalben in Fettsalben bei der Applikation auf der Haut erst dann zu besorgen, wenn sehr stark und nachhaltig eingerieben wird.

Der Schluss enthält ausführliche, im Auszug nicht wiederzugebende kritisch-praktische Bemerkungen über verschiedene »refrigerirende« Salben der Pharmakopöen. U. empfiehlt bei Berathung der 3. Ausgabe der Reichspharmakopöe die Wiedereinführung des alten Ung. rosat. als »Ung. refrigerans« und des alten Ung. leniens als »Cremor refrigerans«. Für besonders geeignet zur Herstellung eines Kühlkrèmes erachtet er das Recept: Aq. Ros., Ol. Amygd. āā 10,0, Cer. alb., Cetac. āā 1,0, während die Kühlsalben am richtigsten aus benzoinirtem Fett und Rosenwasser hergestellt werden; dieser letzteren Grundlage kann dann Bleiessig bezw. Zinkoxyd einverleibt werden.

Fürbringer (Jena).

Kasuistische Mittheilungen.

12. **Scheef.** Ein Fall von Tetanus puerperalis.

(Med. Korrespondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins 1884. Juli.)

Bei einer kräftigen, bis dahin gesunden Frau war in der Nachgeburtsperiode eine heftige Blutung aufgetreten, die durch Scheidentamponade gestillt wurde. 7 Tage später trat erst Trismus und dann typischer Tetanus auf, dem sie nach 3 Tagen erlag. Sektion ergab zurückgebliebene Placentarreste, jauchige Endo-

metritis. In demselben Hause war einige Wochen vorher ein Kind an Tetanus gestorben. Verf. sieht hierin einen weiteren Beleg für die infektiöse Natur dieser Erkrankung. **Escherich** (Würzburg).

13. **Müller.** Ein Fall geheilter Aktinomykose. (Mittheilung aus der chir. Klinik in Tübingen.)

(Med. Korrespondenzblatt des Würtemb. ärztl. Landesvereins 1884. Juli.)

E. S. aus Altona, 24 Jahre alt, erkrankte spontan an einer schmerzhaften Geschwulst der linken Unterkiefergegend, die Anfangs für eine Periostitis gehalten wurde. Bei der Incision kam jedoch nur wenig trübe bräunliche Flüssigkeit und 2 grünlichgelbe Körner zum Vorschein, die sich mikroskopisch als aus Strahlenpilzen bestehend auswiesen. Nach einer zweiten Incision und gründlicher Auskratzung der Höhle trat rasch Schluss der Fistel und Abschwellung der verdickten Stelle ein. **Escherich** (Würzburg).

14. **Guericke** (Strausberg). Die Cholera-Epidemie auf dem Landarmenhause zu Strausberg im August 1873.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 39.)

In das Landarmenhaus zu Strausberg brachte ein Detinirter die Cholera von auswärts, es erkrankten dann 50 Personen und starben von diesen 20. Die Intensität der Krankheit ließ meist nach den ersten 48 Stunden nach, bei einzelnen blieb es bei der Choleradiarrhöe, eine zweite Anzahl bekam wiederholt Rückfälle und schwebte wiederholt in Lebensgefahr, ein kleiner Bruchtheil bekam Choleratyphoid. Die Desinfektion wurde sehr gründlich vorgenommen. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Reizmitteln, Einwicklungen in heiße nasse Laken resp. in heißen Bädern. Bei der Choleradiarrhöe wurde Opium in Pillenform mit Extr. lact. vir. und Pulv. Catechu, ging die Cholerine in die Cholera über, dann Kalomel, oft mit gutem Erfolge, gegeben. **Seifert** (Würzburg).

15. **Richter.** Die Abdominaltyphen des Jahres 1883 im Kreise Dessau.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1884. Bd. XLI. p. 335.)

Unter 66 im Kreise Dessau 1883 vorgekommenen Typhen war in 5 keine Infektion nachweisbar. Bei den übrigen 61 ließen sich Beziehungen zu früheren Erkrankungen auffinden; bei 20 geschah die Infektion durch Bettzeug, Utensilien etc., bei 41 durch den Boden; hier lagen die früheren Erkrankungen zum Theil mehrere Jahre zurück. Bei 19 unter letzteren wurden in den benutzten Brunnen reichlich Chlor und Salpetersäure nachgewiesen und hält Verf. sich desshalb für berechtigt, sie als Trinkwassertyphen aufzufassen; für die übrigen nimmt er die Infektion durch Einathmung der Bodenluft an. Über die Beziehungen des Typhus zum Grundwasserstand lässt sich, da die Statistik noch nicht umfangreich genug ist, Sicheres noch nicht sagen. **Strassmann** (Berlin).

16. **Schapiro.** Über einen Fall einseitigen klonischen Krampfes der Inspirationsmuskeln.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VIII. Hft. 4.)

Ein sonst durchaus gesunder, hereditär nicht belasteter Mann von 22 Jahren leidet seit frühester Kindheit an einer eigenthümlichen, mit Beginn jeder Inspiration sich einstellenden Erscheinung. Es erfolgt unter Erschütterung der ganzen linken Körperhälfte eine klonische, kurzdauernde Kontraktion der linken Zwerchfellhälfte (ob auch der anderen Inspirationsmuskeln? Ref.), die als scharfe Zacke in den sonst normalen Verlauf der Athmungskurve eingeschaltet ist. Ursache des Leidens ist nicht aufzufinden, der Phrenicus zeigt beiderseits normales Verhalten. S. ist der Meinung, dass vielleicht der normale Inspirationsimpuls bei seiner Ausbreitung in der Richtung zur linken Hälfte des Brustkorbes auf geringeren Wider-

stand stoße, als in der Richtung zur rechten und sieht in dem Auftreten dieses halbseitigen Zwerchfellkrampfes einen Beweis für die bilaterale Anlage des Athmungscentrums. **Escherich** (Würzburg).

17. **Massalongo Roberto.** Dell' emiatetosi post-emiplegica.

(Gaz. degli ospit. 1884. No. 62.)

Es handelt sich um einen 6jährigen Knaben, welcher im 13. Lebensmonat plötzlich eine totale rechtsseitige Hemiplegie bekam. Im Laufe von 1—2 Jahren besserte sich der Lähmungszustand und es blieben nur ziemlich leichte Paresen der rechten oberen und unteren Extremität zurück. Dagegen kam nun eine Athetose der rechten Seite zu Stande, die sich auf das Gesicht, den Kopf, Hals, Arm, Hand und in geringerem Grade auf die untere Extremität erstreckte. Ununterbrochen Tag und Nacht wurde mehr oder minder stark der Kopf nach rechts gedreht, auch der Bulbus wird nach rechts bewegt, rechter Arm, Hand, Finger abwechselnd gebeugt und gestreckt etc. Die Sensibilität der rechten Seite ist etwas herabgesetzt, die Muskelkraft vermindert, obwohl die Muskelmasse voluminöser ist als links. Auch das rechte Bein, Unterschenkel, Fuß und Zehen werden in weniger heftiger Weise bewegt und beim Gehen der rechte Fuß etwas nachgeschleift. Der Kranke kann mit der rechten Hand nichts festhalten. Irgend eine Besserung dieses Zustandes war auf keine Weise zu erzielen. **Kayser** (Breslau).

18. **Canfield and Putnam.** A case of acute hemiplegic chorea with autopsy and remarks.

(Boston med. and surg. journ. 1884. No. 10.)

Ein 59jähriger gesunder Mann, Potator strenuus, der schon seit längerer Zeit ein etwas verändertes gereiztes Wesen dargeboten hatte, bekommt plötzlich ohne Lähmung leichte choreatische Bewegungen beider rechtsseitigen Extremitäten, welche in der Folgezeit an Intensität zunehmen, übrigens im Schlafe aufhören.

Facialis und Hypoglossus sind frei, die Sprache ist etwas dick.

Grobe Kraft beiderseits gleich, die Sehnenphänomene sind links normal, rechts dagegen völlig fehlend (die umgekehrte Angabe im Original beruht wohl auf einem Druckfehler; Ref.). Die Sensibilität ist rechts leicht herabgesetzt, sonst keine Erscheinungen.

Nach einigen Wochen wird Pat. komatös und stirbt in der sechsten Woche.

Die Sektion ergab außer Atherose der Hirnarterien multiple miliare rothe Erweichungsherde in beiden Linsenkernen (links mehr wie rechts) und einen gut erbsengroßen rothen Erweichungsherd im linken Hirnschenkel, der vorzugsweise das innere Drittel des Hirnschenkelfußes einnehmend, aber etwas auf das mittlere Drittel und durch die Substantia nigra auf das Tegmentum übergreifend, dem hinteren Ende des Thalamus opticus gegenüber lag.

Die Verff. beziehen die posthemiplegische Chorea auf die letztere Affektion.

Thomsen (Berlin).

19. **Dauchez.** Note pour servir à l'histoire des bains prolongés appliqués à la cure de l'hystérie gastrique.

(Bull. génér. de thérap. 1884. Aug. 30.)

Ein 22jähriges Dienstmädchen erkrankte als Rekonvalescentin von einem leichten Typhus an nervösem Erbrechen, das trotz aller angewandten Mittel nach 2monatlicher Dauer noch eben so heftig war, als zu Beginn. Erst warme Bäder von mehrstündiger Dauer, die jeden Tag gegeben wurden, brachten Besserung und nach 12maliger Wiederholung konnte Pat. leichtverdauliche Speisen ohne weitere Beschwerden zu sich nehmen.

Die Dauer dieses Erfolges war nur eine ganz kurze; einer nochmaligen Badebehandlung entzog sich die Pat. durch Verlassen des Spitales.

Seifert (Würzburg).

20. H. Beck. Zur Kenntnis der Tuberkulose des Ösophagus. (Aus Prof. Chiari's pathologisch-anatomischem Institute in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 35 u. 36.)

Verf. hatte Gelegenheit, 2 Fälle von der immerhin seltenen Tuberkulose des Ösophagus zu untersuchen. Aus dem Sektionsbefunde des einen, der bezüglich seiner Genese Analogien mit einem von Weichselbaum mitgetheilten Falle darbietet, heben wir Folgendes heraus: An der Grenze des oberen und mittleren Drittheiles der vorderen Wand des Ösophagus fand sich ein 3 cm langes, 1 cm breites Geschwür mit gezackten, elevirten und unterminirten Rändern. Der Grund dieses Geschwürs war gebildet durch die peripher verkästen Schichten eines zwischen Ösophagus und Trachea liegenden Lymphdrüsenpacketes, von dem aus die Perforation der Ösophaguswand stattgefunden hatte. Nach allen Seiten von diesem Geschwür fanden sich in der Schleimhaut feine Knötchen eingestreut. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Annahme einer Tuberkulose des Ösophagus.

Bei dem zweiten Fall war bei einem Phthisiker intra vitam das Vorhandensein einer bedeutenden Striktur hoch oben im Ösophagus (als carcinomatöser Natur diagnosticirt) festgestellt worden. Bei der Obduktion fand man neben ausgebreiteter allgemeiner Tuberkulose hochgradige tuberkulöse Ulcerationen im unteren Abschnitt des Pharynx und im obersten Viertheil des Ösophagus. Der pharyngo-laryngeale Theil des Pharynx, Zungengrund, oberer Ösophagusabschnitt wurden von einem ringförmigen Geschwür eingenommen, welches kontinuirlich in eben solche Ulcerationen der Epiglottis, des Larynx überging. Der Grund des Geschwüres wurde theils von Resten der Mucosa und Submucosa, theils von der Muscularis gebildet und war von fester narbiger Beschaffenheit. Hierdurch wurde eben die bereits erwähnte Striktur erzeugt. Bis auf 4 cm nach abwärts von diesem Geschwür sah man durch das dort unversehrte Epithel der Schleimhaut feinste graue Knötchen durchschimmern. Die unzweifelhaft tuberkulöse Natur dieses Processes wurde auch durch das Auffinden von Bacillen bestätigt.

Die beiden Fälle geben Beispiele ab für die von Orth erwähnte Art des Zustandekommens der Ösophagustuberkulose: »tuberkulöse Geschwüre des Ösophagus entstehen entweder von perforirenden käsigen Lymphdrüsen, oder schließen sich an Pharynxgeschwüre an«.

Leubuscher (Breslau).

21. Bryson Delavan. Permanent unilateral paralysis of the laryngeal abductors following cerebral embolism, a unique case.

(New York med. journ. 1884. Sept. 6.)

Es handelt sich um einen 69jährigen Herrn, bei dem nach längere Zeit vorangegangenen Schwindelanfällen im Anschluss an einen eines Tages aufgetretenen apoplektischen Insult linksseitige Hemiparese, Ptosis des linken oberen Augenlids und linksseitige Facialislähmnng entstand, während gleichzeitig die Stimme einen fistelnden Ton bekam. Letzteres Symptom blieb auch nach dem Schwinden aller übrigen Erscheinungen konstant und der Kehlkopfspiegel wies eine komplete Lähmung des linken in der Mittellinie stehenden Stimmbandes nach; dieser Befund blieb, wie Verf. ausdrücklich hervorhebt, unverändert (so dass es sich in dem betr. Falle um eine totale Recurrenslähmung linkerseits gehandelt hat und nicht um eine lediglich die für den Crico-arytaen. post. bestimmten Fasern betreffende Paralyse. Der Fall führt also seine Überschrift mit Unrecht; zudem muss es befremden, dass der Verf. kontinuirlich von einseitiger Lähmung der Abductoren spricht, als wenn für jedes Stimmband mehrere Abductoren existirten und weiterhin scheinen dem Herrn Verf. die namentlich von Semon herrührenden zahlreichen durch Krankengeschichten erläuterten Mittheilungen über den qu. Gegenstand unbekannt geblieben zu sein, sonst würde er den Fall nicht als unique bezeichnet haben. Ref.).

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 51. **Sonnabend, den 20. December.** **1884.**

1. Löwit. Beiträge zur Lehre von der Blutgerinnung. I. Über das koagulative Vermögen der Blutplättchen.

(Wiener akad. Sitzungsberichte Bd. LXXXIX. Abth. 3. p. 270—307.)

Bizzozero hat bekanntlich den weißen Blutkörperchen die ihnen von Alex Schmidt und seinen Schülern zugeschriebene Bedeutung für die Gerinnung des Blutes abgesprochen und ausschließlich dem von ihm genauer studirten dritten Formbestandtheile des Blutes, den Blutplättchen, die Eigenschaft zugeschrieben, bei ihrer Auflösung das Fibrinferment, so wie einen großen Theil des Gerinnungssubstrates zu liefern.

L. beweist nun zunächst durch Untersuchung der an Leukocyten ziemlich reichen, der Blutplättchen aber gänzlich entbehrenden Kaninchenlymphe, dass die Gerinnung hier durch die Leukocyten allein bedingt ist. Er konnte nämlich durch Zusatz mit

Kohlensäure gesättigten Wassers die Gerinnung für 1—2 Stunden hintanhalten. Wurden inzwischen die Leukocyten mit Hilfe von Glaswolle abfiltrirt, so blieb die Lymphe dauernd flüssig; war ein Theil der Zellen vor vollendeter Filtration zerstört worden, so trat Gerinnung ein. Direkte Beobachtung in der feuchten Kammer ergab, dass hier weder vor noch nach der Gerinnung Lymphzellen gelöst werden; wohl aber beobachtete L. den Austritt hyaliner schleimähnlicher Massen aus denselben, eben so aus den Zellen des Blutes.

Das hier gewonnene Ergebnis ohne Weiteres auf das Blut zu übertragen verbietet sich durch die evidenten Verschiedenheiten der weißen Zellen an beiden Orten. Im Blute werden sie durch Wasserzusatz gelöst, durch koncentrirte Salzlösungen konservirt, in der Lymphe beobachtete L. das umgekehrte Verhalten.

Der Nachweis, dass auch im Blute nicht die Plättchen, sondern die weißen Zellen das Fibrinferment liefern, gelang auf folgende Weise: Kaninchen- besser noch Hundeblut wurde direkt aus der Ader in seinem $1^1/_2$fachen Volum einer auf 0—2° R. abgekühlten 28%igen Magnesiumsulfatlösung aufgefangen. Es schied sich so eine oberste Plasmaschicht ab, welche zahlreiche Plättchen aber keine Zellen enthielt. Diese Flüssigkeit gerann nach der Verdünnung mit Wasser nicht spontan, wohl aber auf Zusatz von Fibrinferment. Die tieferen, weiße Blutkörperchen enthaltenden Schichten geronnen spontan. Ob der Zerfall der weißen Blutkörperchen, welchen auch L. vielfach beobachtete, für das Zustandekommen der Gerinnung wesentlich, oder ein unabhängiger Vorgang sei, konnte L. bis jetzt nicht mit Sicherheit entscheiden.

N. Zuntz (Berlin).

---

2. **K. Laker** (Graz). Die ersten Gerinnungserscheinungen des Säugethierblutes unter dem Mikroskope.

(Wiener akad. Sitzungsberichte Bd. XC. Abth. 3.)

Verf. sucht die Frage zu beantworten, in welcher Weise das streifige Fibrin (Fibrinfasern) zu Stande kommt, und ob das Auftreten dieser Fasern als der Anfang der Gerinnungserscheinungen unter dem Mikroskope angesehen werden kann. Verf. verlässt die von ihm früher vertretene Ansicht, dass das Auftreten der Fibrinfasern in nähere Beziehung gebracht werden müsse zu den sog. Blutplättchen, glaubt sich vielmehr überzeugt zu haben, dass der erste Beginn der Blutgerinnung vom Blutplasma ausgeht. Mit Hilfe der bereits früher von ihm verwendeten »Schwemmmethode« (vgl. das Original) konstatirt Verf., dass die Gerinnung unter dem Mikroskope mit der Bildung einer zarten, homogenen Membran (primäre Fibrinmembran) beginnt, die auf dem Deck- oder Objektglase glatt aufliegt, und in welcher man durch Verschieben des Deckglases oder durch andere Momente Faltungen sehr leicht hervorrufen kann, als deren optischer Ausdruck eben die sog. Fibrinfasern oder Streifen aufzufassen sind. Die Anschauung, dass diese Fasern als isolirte Gebilde in einer

Mutterlösung von einem Krystallisationscentrum (Blutplättchen, weiße Blutkörperchen) wie Krystalle anschießen, kann daher nicht mehr aufrecht erhalten werden. Dagegen können sich in der Fibrinmembran die verschiedenen körperlichen Elemente des Blutes vielfach eingeschlossen vorfinden. Verf. vermag nicht zu entscheiden, ob diese primäre Fibrinmembran schon doppeltbrechend ist, oder ob die Doppeltbrechung der Fibrinfasern (Hermann) erst durch jene Momente zu Stande kommt, welche die Faltung der Fibrinmembran und damit das Erscheinen der Fasern oder Streifen bewirken. **Löwit** (Prag).

---

3. **A. Weiss.** Ce que devient la bile dans le canal digestif.

(Tiré du bulletin de la soc. imp. des naturalistes de Moscou 1884.)

Was wird aus der Galle, die sich in den Darmkanal ergießt? Diese Frage hatte seiner Zeit Schiff dahin beantwortet, dass die Galle von den Wurzeln der Pfortader wieder resorbirt durch die Leber von Neuem ausgeschieden wird. Er stützte sich hierbei auf die Beobachtung, dass bei Thieren mit Gallenfisteln die Menge der secernirten Galle steigt, wenn man Galle in den Darmkanal des betreffenden Thieres einführt. Diese Angaben wurden jedoch von Sokoloff bestritten. Derselbe machte weiterhin noch folgenden Versuch: Er brachte glykocholsaures Natrium in den Darm und in das Blut eines Hundes, dessen Galle für gewöhnlich nicht Glykochol-, sondern Taurocholsäure enthält. War die Theorie von Schiff richtig, so musste die eingeführte Glykocholsäure vom Darm aus aufgenommen werden und sich in der Galle des Versuchsthieres nachweisen lassen. Sokoloff gelang jedoch dieser Nachweis nicht. Auf Grund dieser Experimente von Sokoloff wurden von den Physiologen die Angaben Schiff's bezweifelt.

W. nahm desshalb diese Versuche wieder auf. Er gab Hunden während dreier Tage je 5—9 g Glykocholsäure, bestimmte dann in der Galle nach Hoppe-Seyler die Cholalsäure und den Schwefel und berechnete aus der Menge des Schwefels die nicht an Taurin gebundene Cholalsäure. Während die normale Hundegalle nur Taurocholsäure enthält, fand W. in dem alkoholischen Extrakte der Galle nach Eingabe von Glykocholsäure 25 resp. 30% Cholalsäure nicht an Taurin gebunden. Die Glykocholsäure ließ sich als solche durch ihr Verhalten zu neutralem Bleiacetat nachweisen.

Von den beiden Paarlingen der Glykocholsäure ist das Glykokoll allein ohne Einfluss auf die Zusammensetzung der Galle, Cholalsäure allein wird in geringerer Menge resorbirt als Glykocholsäure.

Giebt man einem Hunde aus Rindsgalle dargestellte Cholalsäure so nimmt die Quantität der Galle zu und aus derselben lässt sich leicht krystallinische Cholalsäure darstellen, die sich in nichts von der der Rinde unterscheidet. Aus der S-Bestimmung berechnet sich der Gehalt des alkoholischen Extraktes an Glykocholsäure zu 13 resp. 7%.

Aus alledem geht also hervor, dass Glykocholsäure vom Darmkanal aus resorbirt und durch die Leber wieder ausgeschieden wird; dass ferner die durch Zersetzung der Glykocholsäure im Darmkanal entstandene Cholalsäure von den Pfortaderwurzeln aufgenommen werden kann und sich dann beim Passiren der Leber mit dem Glykokoll und Taurin paart. Beim Hunde wird die größere Menge der eingeführten Cholalsäure als Taurocholsäure ausgeschieden, mit dem Glykokoll scheint sie sich erst dann zu verbinden, wenn im Laufe des Experimentes alles Taurin aufgezehrt ist. In Übereinstimmung hiermit steht folgender Versuch: W. gab einem Hunde cholalsaures Natrium und Glykokoll, dem anderen cholalsaures Natrium und Taurin; in der Galle des ersteren fand sich 13 %, in der des letzteren nur 2 % Glykocholsäure.

Als eine Nebenwirkung beobachtete W. nach Eingabe von cholalsaurem Natrium eine Vermehrung des Gallenfarbstoffs; dieselbe trat aber, wie W. ausdrücklich betont, nicht ein nach Eingabe der gepaarten Gallensäuren. **F. Röhmann** (Breslau).

---

4. F. A. Falck. Beitrag zum Nachweis des Strychnins.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin Bd. XVI. p. 345.)

Der physiologische Nachweis des Strychnins war bisher, wie Dragendorff gegenüber Ranke nachgewiesen hat, bedeutend schwerer zu führen, als der chemische; zum letzteren, zur Erzielung der Farbenreaktion mit Ceroxyd und Schwefelsäuretrihydrat genügten 0,001 g Strychnin; zum ersteren, zum Nachweis des Tetanus bei Fröschen, sind 0,006—0,4 g erforderlich. Verf. hat nun den physiologischen Nachweis dadurch erleichtert, dass er ca. 15tägige weiße Mäuse benutzt; bei diesen entsteht schon nach Injektion von 0,0012 bis 0,002 g Strychninnitrat der charakteristische Tetanus. Zugleich tritt ein sehr auffallendes Muskelschwirren auf, das besonders am Schwanz gut zu beobachten und graphisch darzustellen ist: löst man dann durch Berühren des Thieres tetanische Anfälle aus, so zeigt die Kurve eigenthümliche Veränderungen (Näheres im Original). Dadurch, dass diese Kurven dauernd konservirt werden können, hat nunmehr der physiologische Nachweis des Strychnins vor dem in einer bald verschwindenden Farbenreaktion bestehenden chemischen einen forensisch werthvollen Vorzug erhalten. **Strassmann** (Berlin).

---

5. Ph. Knoll. Zur Lehre von der Entstehung und Beschaffenheit der Harncylinder.

(Zeitschrift f. Heilkunde Bd. V. p. 289—316.)

Verf. ist durch eine genaue Untersuchung des Harnsedimentes bei einer Anzahl von Nierenkrankheiten, so wie durch vergleichsweise Untersuchung der erkrankten Niere selbst zu folgenden Anschauungen über die Entstehung und Beschaffenheit der Harncylinder

gelangt. Eine Eintheilung der verschiedenen Harncylinderarten auf chemischer Grundlage erscheint dem Verf. unstatthaft, dessgleichen hält er eine Eintheilung nach der Farbe, als einer mehr nebensächlichen Eigenschaft, nicht für zweckmäßig. Er theilt die Harncylinder in homogene Cylinder kat'exochen, die wieder als relativ schwach und stark lichtbrechende, zu welch letzteren auch die Amyloidcylinder gehören, unterschieden werden können, und in cylindrische Konglomerate ein, die aus Nierenepithelien, oder Leukocyten oder rothen Blutkörperchen und deren Derivaten hervorgehen.

Bezüglich der chemischen Beschaffenheit des Stroma der homogenen Harncylinder beschränkte sich Verf. nachzuweisen, dass dasselbe weder aus einem der im Harne bisher nachgewiesenen Eiweißkörper, noch aus einer der bekannten Proteinverbindungen besteht, und dass dasselbe nicht bei allen Cylindern chemisch gleich ist.

Über die Entstehung der homogenen Cylinder gewann Verf. erst durch das Studium der cylindrischen Konglomerate beweisende Anhaltspunkte. Es stellte sich nämlich heraus, dass aus den drei früher genannten Arten der cylindrischen Konglomerate durch gewisse Processe homogene Cylinder mit all' ihren charakteristischen Eigenschaften hervorgehen können. Die Umwandlung der sog. Epithelcylinder in homogene kann auf dreierlei Art erfolgen: Es tritt entweder eine körnige Degeneration der Epithelzellen und im weiteren Verlaufe ein Verschwinden der Körner ein, oder die Epithelien werden in toto zu matten oder glänzenden homogenen Massen umgewandelt, oder es tritt diese Metamorphose nur partiell in den Zellen in Form von Tropfen oder Schollen auf. Diese homogenen Massen können unter der Einwirkung eines höheren Druckes in den Harnkanälchen mit einander verschmelzen; es kann sich aber auch um die Sekretion derartiger Massen aus den Epithelzellen handeln. Verf. konnte jedoch für diese letzte Ansicht keine überzeugenden Bilder gewinnen.

Auch aus den von Leukocyten gebildeten Konglomeraten können entweder auf dem Umwege der körnigen Degeneration der Zellen oder durch Homogenwerden und Verschmelzen derselben schwach lichtbrechende homogene Cylinder hervorgehen. Die Beobachtung, dass aus den Leukocyten des Harnsedimentes sehr häufig Plasmakugeln hervorquellen, die oft zu größeren, leicht formbaren Körpern zusammenfließen, macht es dem Verf. wahrscheinlich, dass auch auf diese Weise (Zellsekretion) homogene Harncylinder entstehen können. Verf. konnte ferner nachweisen, dass auch aus den cylindrischen Konglomeraten farbiger Blutkörperchen körnige Cylinder entstehen können, doch konnte er für das Hervorgehen homogener Cylinder aus dem körnigen Zerfall farbiger Blutkörperchen keine sicheren Anhaltspunkte finden.

Verf. lässt die Möglichkeit offen, dass homogene Cylinder auch noch auf andere Weise entstehen können. Der Abhandlung sind eine ganze Reihe instruktiver Abbildungen beigegeben.

Löwit (Prag).

---

6. **J. S. Nathan.** Über das Vorkommen von Tuberkelbacillen bei Otorrhöen. (Aus dem med.-klin. Institut in München.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV. Hft. 5.)

Verf. hat in 40 Fällen von Ohrenerkrankungen das otorrhoische Sekret untersucht und in 12 Fällen Tuberkelbacillen, meist in ziemlich reichlicher Anzahl darin nachgewiesen. Es handelte sich dabei stets um Otitis media purulenta chronica und zwar war bei 7 Pat. die Affektion doppelseitig, bei 4 nur linksseitig, bei einem nur rechtsseitig. In 8 Fällen war auch Tuberkulose der Lungen nachweisbar; in einem fand die Lungenuntersuchung nicht statt und in 3 Fällen waren anscheinend die Lungen frei, so dass hier wohl eine primäre Tuberkulose des Mittelohres angenommen werden kann. Übrigens bestanden in diesen letzten 3 Fällen cariöse Processe, einmal des Proc. mastoid., zweimal Caries der Gehörknöchelchen.

Verf. weist auch auf die schlechte Prognose dieser tuberkulösen Ohrerkrankung hin, die in unserem Klima jeglicher Behandlung Widerstand leistet. **Leubuscher** (Breslau).

7. **Haupt** (Großostheim). Die Schallwahrnehmung bei der Auskultation. Eine physikalische Skizze.

(Ärztl. Intelligenzblatt 1884. No. 36.)

Verf. sucht den Nachweis zu führen, dass das heut zu Tage gebrauchte röhrenförmige Stethoskop nach falschen Principien konstruirt sei, »das theoretisch richtigere und praktisch brauchbarere Instrument sei das regelrecht konstruirte Hörholz«.

Der erste Theil der Ausführungen bezieht sich darauf, dass beim Auskultiren — mit angelegtem Ohre — der Schall nicht auf den Gehörgang, sondern auf den Schädel übergehe, wir also durch die Knochenleitung hören. Der Gehörgang nimmt unmittelbar vor dem zu auskultirenden Körper keinen Schall auf, wird es in Folge dessen auch am Körper nicht thun und in Konsequenz davon muss man, wie es auch thatsächlich der Fall ist, mit abgeschlossenem Gehörgang auskultiren können. Dass der Auskultationsschall nicht in die Luft übergeht, hat seinen Grund in der geringen Intensität der primären Schwingungen der Körperwand (künstlich kann man diese durch Resonatoren, Mikrophon deutlich machen). Nun hängt die Intensität des Schalles aber auch ab von der Dichtigkeit des leitenden Mediums und bringen wir den Auskultationsschall dadurch zu Gehör, dass wir ihn, statt auf das dünnere Medium, die Luft, in welcher er unhörbar ist, auf das dichtere Medium, den Schädel, überleiten. Es ist also die Knochenleitung, in Bezug auf die Übertragung der Schwingungen fester Körper, der Trommelhöhlenleitung überlegen. (Verf. meint, dass der dagegen anzuführende Stimmgabelversuch — die nicht mehr hörbaren Schwingungen einer auf die Stirn gesetzten

Stimmgabel, sind noch vor dem Gehörgange wahrnehmbar — desshalb nicht gegen seine Behauptung spräche, weil die Größe der schwingenden Fläche, im ersten Falle des Knopfes, im zweiten der Zinken der Gabel, eine zu verschiedene sei und dass, wenn der Knopf durch eine kleine Resonanzscheibe vergrößert würde, das Versuchsergebnis gerade umgekehrt ausfiele. Wir glauben, dass man den Beweis auch noch anders führen kann. Bei der auf die Stirn gesetzten Stimmgabel ist die weiche Unterlage (Haut, Fett etc.) für die Fortleitung der Schwingungen sehr ungünstig; anders wenn man dem Knopf eine feste knöcherne Basis giebt. Die vor dem Ohre erloschenen Schwingungen werden deutlich hörbar, wenn man den Knopf der Stimmgabel z. B. fest zwischen die Zähne nimmt. Ref.)

Der zweite vom Verf. aufgestellte Satz lautet: »Beim Stethoskop geht der Schall nur durch die Wandung, nicht durch die Luft der Röhre.« Letztere stellt nur eine Fortsetzung des Gehörganges dar, kann ohne Beeinträchtigung der Schallwahrnehmung, eben so wie dieser verschlossen werden und gemäß den gemachten Ausführungen, dass Schwingungen fester Körper leichter auf feste Körper, als auf Luft übergehen, geht der Schall ausschließlich durch die Wandungen des Instrumentes.

Der dritte Punkt beschäftigt sich mit der Frage der Resonanz des Stethoskops und kommt H. zu dem Schlusse, dass von den beiden, dem Stethoskop zugeschriebenen Arten der Resonanz, von denen die eine der Luft der Röhre, die andere der Ohrplatte entstammt, bei dem Auskultiren keine in Wirksamkeit treten kann. Die erstere fällt desshalb fort, weil beim Auskultiren die Röhre nicht offen, sondern geschlossen ist; die zweite, weil beim Anlegen des Stethoskopes an die Ohrmuschel, die stehenden Schwingungen der Ohrplatte in fortschreitende Wellen, welche nicht selbsttönend sind, verwandelt werden.

Das Röhrenstethoskop würde allen Anforderungen entsprechen, wenn das Ende der Röhre eine größere Fläche für die Aufnahme des Schalles bieten würde; dasselbe wäre zweckmäßig konstruirt, wäre das untere Ende plattenförmiger gestaltet.

Den Schluss der interessanten Abhandlung bildet eine Empfehlung des Hörholzes, denn »warum soll man eine Röhre bohren, wenn man keine braucht«. **Leubuscher** (Breslau).

---

8. **J. Trautwein.** Zur Kenntnis der Stromvertheilung im menschlichen Körper bei Anwendung des galvanischen Bades.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 37.)

Veranlasst durch die Untersuchungen des Ref., dem es nicht gelungen war im hydro-elektrischen Bade merkbare Stromquantitäten aus dem badenden Körper abzuzweigen, versuchte T. den Nachweis von Zweigströmen mittels eines modificirten Verfahrens. Als Ansatzstellen für den ableitenden Bogen dienten Mundhöhle und Rectum. In beide wurden, nach vorheriger Anfüllung mit Soole, wohlgummirte,

in freie Metallknöpfe endigende Sonden eingeführt, die mit dem ein Hirschmann'sches absolutes Galvanometer einschließenden Ableitungsbogen verbunden waren. Am Fußende des Bades (Soolbad) wurde eine große Kupferelektrode eingelassen, und der Strom durch eine ca. 20 cm im Durchmesser haltende Gummikisseneelektrode geschlossen. Elementenzahl 20. Bei festem Andrücken des Rückens gegen den Gummiring zeigte sich eine Nadelablenkung in dem Ableitungsbogen von andauernd 1 M. Ampère. Die Intensität desselben wechselte bei Verschiebung der Kissenelektrode nach auf- oder abwärts; sie war um so größer, je mehr sich der Ansatzpunkt dem Fußpunkte des Ableitungsbogens in der Mundhöhle näherte, und vice versa: beim Hinabrücken des Kissens bis auf das Kreuzbein erfolgte kein Ausschlag mehr. Auch von der Vorderfläche des Leibes aus wurde ein solcher nicht oder nur in minimaler Weise ($^1/_8$ M. A.) erhalten. Diese Differenz schreibt T. dem Umstande zu, dass durch die hier liegenden Hohlorgane, Darm, Magen, Lungen mit ihrem Inhalt an Gasen und atmosphärischer Luft dem Strome ein weit bedeutenderes Hindernis entgegengesetzt wurde als auf der Rückseite. Die den Körper durchsetzenden Stromzweige halten im Allgemeinen die Richtung des Hauptstromes; der abgeleitete Strom zeigte dagegen eine Veränderung nach Richtung und Intensität, je nachdem der eine oder andere Knopf aus dem Körper entfernt und in das Badewasser getaucht wurde. Geschah dies mit dem in der Mundhöhle befindlichen Pole, so zeigte der vom Rectum aus in das Badewasser gehende Zweigstrom eine dem Hauptstrom entgegengesetzte Richtung und geringe Intensität; tauchte dagegen der früher im Rectum befindliche Pol in das Badewasser, so erfolgte eine stärkere Nadelablenkung im Sinne des Hauptstromes.

A. Eulenburg (Berlin).

---

9. A. Pitres. Des suggestions hypnotiques. Leçons recueillies par le Dr. Davezac.

Bordeaux 1884.

Unter der obigen Überschrift lässt P. durch einen seiner Schüler 4 Vorlesungen über den Hypnotismus und verwandte Erscheinungen veröffentlichen. Namentlich genau geht er auf die Phänomene ein, welche er als »suggestion« bezeichnet, auf die Möglichkeit bei Hypnotisirten durch vorgesprochene Worte, vorgemachte Handlungen u. dgl. Täuschungen des Urtheils, Hallucinationen, motorische Akte und vieles Andere hervorzurufen oder, wie es bezeichnet wurde, hypnotischen Automatismus zu erzeugen. Aufs genaueste werden nach Experimenten an einer Pat. die Illusionen, welche sich auf verschiedenen Sinnesgebieten erzielen lassen, beschrieben. Außerdem studirt Verf. die merkwürdigen Erscheinungen, welche bei manchen Hypnotisirten, denen man eine Idee unterlegt hat, noch bis in den wachen Zustand hinein sich fortpflanzen, ja bei Manchen erst nach dem Erwachen auftreten. Von Wichtigkeit in legaler Beziehung sind

die Experimente des Verf.s, durch die er zeigt, dass eine Hypnotisirte durch Einflüsterung zu einem Diebstahl z. B. verleitet werden kann, während sie sich im hypnotischen Zustande befindet. Ja es gelingt durch solche einer Hypnotisirten gegebene Befehle oder Winke dieselbe nachher im wachen Zustande zu verbrecherischen Handlungen zu verleiten, die sie begeht, ohne sich über das »warum« Rechenschaft geben zu können. Es soll gelingen, Personen nicht nur zu solchen Handlungen zu veranlassen, sondern auch bei ihnen »amnésie suggérée nachher zu erzeugen, ihnen also für immer jede Erinnerung an das Vollbrachte zu nehmen.

Die kleine Schrift ist anziehend geschrieben.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

10. **Tassi.** Sopra due forme di osteomielite infettiva malarica e spontanea.

(Rivista clinica 1884. Oktober.)

Die wichtige, für den Chirurgen fast mehr noch als für den inneren Kliniker interessante Arbeit lenkt die Aufmerksamkeit auf eine bislang vernachlässigte oder doch wenigstens nicht gebührend gewürdigte Erscheinungsform der schweren Malaria. Wie sie sich normalerweise in Milz und Leber lokalisirt, so kann sie auch einen anderen Theil des blutbildenden Apparates befallen, das Knochenmark, in welchem sie eine Affektion hervorbringt, die klinisch der akuten infektiösen Osteomyelitis eng verwandt ist. Verf. hat im Laufe der letzten 7 Jahre im Ganzen 159 Fälle von Osteomyelitis beobachtet, davon waren 120 auf Malariainfektion zu beziehen, 39 spontan. In beiden Reihen von Fällen bildeten vorwiegend die Epiphysen der großen Röhrenknochen den Ausgangspunkt des Processes, der theils zu Durchbrüchen ins Gelenk, theils zu ausgebreiteten Phlegmonen, Nekrosen etc. führte; der Malaria-Osteomyelitis — bei der sich stets Milz- und Leberschwellung und sonstige Residuen wiederholter schwerer Anfälle nachweisen ließen — gingen in der Regel prodromale Erscheinungen von Schwere in den Gliedern, Knochenschmerzen etc. voraus, während die spontanen Fälle in der Regel plötzlich, mit Fieber, Schwellung und Röthung der betroffenen Theile einsetzten. Erstere verliefen im Allgemeinen mehr chronisch und oft mit remittirenden Schwankungen der Temperatur, letztere fast stets akut, unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit, mit hohem Fieber und — was natürlich sorgfältig zu beachten — mit einer sekundären Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen und der Milz. Die Behandlung musste in allen Fällen zunächst eine chirurgische sein und bestand in ausgiebiger Eröffnung des Herdes und Entfernung der erkrankten Marktheile, ev. mit nachfolgender Amputation oder Resektion. Daneben erwiesen sich, wenigstens in den minder schweren Fällen, die Chininpräparate von Nutzen. Es starben 26 von den 120 Malariakranken, 15 von den übrigen; die schlechteste Prognose gaben die veralteten

Malariakachexien. Auch die genesenen oder als gebessert Entlassenen waren nach der Rückkehr in ihre Heimat leicht Recidiven ausgesetzt.

Die ganze Arbeit trägt den Charakter einer vorläufigen Mittheilung. Der Verf. verspricht in Kurzem die Resultate seiner experimentellen und mikroskopischen Forschungen zu publiciren und wird alsdann wohl auch der hier nicht direkt berührten Frage der eigentlichen Infektionsträger in beiderlei Fällen näher treten. **Posner** (Berlin).

---

11. **Bergh.** Beitrag zur Kenntnis der Entstehung der urethritischen Epididymitis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1884. No. 6.)

Eine durch ergiebige und gewissenhafte Litteraturverwerthung ausgezeichnete Abhandlung.

In der Hospitalstatistik liegt kein wahrer Ausdruck der Häufigkeit der genannten Komplikation, da das Hauptkontingent hier von intensiven und bereits komplikativen Formen hergestellt wird. Desshalb finden wir hier einen Procentsatz von 30—40 verzeichnet, während das aus privaten Klientelen gewonnene Häufigkeitsverhältnis sich auf durchschnittlich 10 (7,3—15) % stellt. Die Entwicklung der Komplikation geschieht nur per continuitatem; die Annahme individueller anatomischer Verhältnisse (und doch wohl auch einer individuellen Disposition überhaupt? Ref.) ist unerlässlich. Die vermittelnde Funiculitis ist viel häufiger nachweisbar, als man gemeinhin annimmt. Fälle, in denen die Entzündung auf den Samenleiter mehrere Tage beschränkt blieb, ehe sie auf den Hoden übergriff, also richtige Übergangsformen zwischen Funiculitis und Epididymitis, hat Verf. schon früher bekannt gegeben.

Weitaus die Mehrzahl der Epididymitiden tritt, entsprechend der Ausbreitung des Entzündungsprocesses in die hintere Harnröhre, gegen das Ende der 2. Woche auf. Bei 926 Gonorrhoikern wurde sie in der 1. Woche 70mal, in der 2. Woche 229mal, in der 3. 176mal etc. beobachtet; in 2 Fällen zeigte sie sich 5 Stunden nach dem Coitus *vor* dem Ausfluss und andererseits sah B. 3mal noch im 3. Jahre nach der Infektion Nebenhodenentzündung entstehen. In einem Falle von chronischer Gonorrhoe wurde eine 6malige Recrudescenz, der jedes Mal eine rechtsseitige Epididymitis folgte, auffällig, und spätere neue Infektionen erzeugten bald rechts-, bald linksseitige Nebenhodenentzündung. Eine wesentliche Prävalenz der Entwicklung der Komplikation in dem einen oder anderen Nebenhoden wird abgelehnt. (Vgl. *Unterberger*, dieses Centralblatt No. 28.)

Fürbringer (Jena).

---

12. Secchi. Zur Wirkung des Antipyrin bei Phthise. Exanthem nach Anwendung desselben.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1884. No. 15.)

13. E. Bielschowsky. Beiträge zur Antipyrinbehandlung.

(Ibid. No. 16.)

S. hat vom Antipyrin bei fiebernden Phthisikern eine durchaus günstige Wirkung gesehen — prompte Herabsetzung der Temperatur, kein erheblicher Schweiß, keine Blutung bei Hämoptoikern. Nur 2mal unter 12 Fällen zeigte sich ein morbilläres Exanthem mit lästigem Jucken. Das eine Mal trat das Exanthem nach 3tägiger, das zweite Mal nach 14tägiger Verabreichung von Antipyrin auf.

Der Bericht, den B. aus der städtischen inneren Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals über das Antipyrin giebt, klingt schon etwas gedämpft. Zwar hat auch hier das Antipyrin die Temperatur erniedrigt — prompt bei Typhus abdom. und Phthise, weniger bei anderen akuten Infektionskrankheiten —; allein 1) bei einem Pat. stieg nach 5,0 g Antipyrin die Pulszahl von 108 auf 132, während die Temperatur von 39,2 auf 37,2 herabging, und bei demselben Kranken stieg nach 6,0 Antipyrin der Puls von 114 auf 125, während die Temperatur von 40,0 auf 36,3 sank; Collapserscheinungen wurden beide Male nicht beobachtet.

2) Bei einzelnen Typhuskranken kam es nach Antipyrin zu Collaps. Bei einer Typhuskranken erschien einmal der Collaps nach 4,0 g Antipyrin und die spätere Steigerung der Temperatur wurde durch einen Schüttelfrost eingeleitet. Die erneute Behandlung derselben Pat. mit Antipyrin ergab ein gleiches Resultat.

3) Bei einem Phthisiker, der 6 Tage vorher eine Hämoptoe gehabt hatte, trat nach der Antipyrinverabreichung wieder eine beträchtliche Lungenblutung ein.

4) Die antipyretische Wirkung des Antipyrin zeigte bei einzelnen Individuen nicht unerhebliche Schwankungen. Die Erniedrigung der Temperatur trat fast immer unter erheblicher, oft unangenehmer Schweißbildung ein und die meisten Kranken, denen einen Tag nach dem Antipyrin Chinindosen von 1,5—2,0 g gegeben wurden, erklärten ungefragt, sich danach viel wohler und kräftiger zu fühlen, als Tags vorher, obwohl die Antipyrese geringer ausfiel.

5) Erbrechen erfolgte in 25 % der Fälle, wo Antipyrin per os genommen wurde.

6) Ein Antipyrinexanthem wurde einige Male beobachtet. Bei einem Typhuskranken, der 45,0 g Antipyrin per anum verbraucht hatte, zeigte sich erst ein morbillöses Exanthem am Rumpf und an den Extremitäten, das nach Aussetzen des Antipyrin bald abblasste, zum Theil auch an den Extremitäten einen petechialen Charakter annahm. Als aber mit der Antipyrindarreichung wieder begonnen wurde, erschien am Rumpfe ein neuer mehr scarlatinöser Ausschlag, der nach Sistirung des Medikaments bald wieder verschwand.

B. resumirt, dass das Antipyrin in der Privatpraxis kaum ausgedehnte Anwendung finden dürfte. **Kayser** (Breslau).

---

14. **Trastour** (Nantes). Du traitement médical des vomiques.

(Bull. gén. de thérap. 1884. Aug. 30.)

Mit der Bezeichnung »vomique« ist gemeint die Ansammlung von Eiter im Thoraxraum, der durch eine Art Erbrechen (vomissement) nach außen entleert wird. Wenn man auch diese Art der Entleerung des Eiters als den natürlichsten Weg der Heilung ansehen kann, so wird man doch nicht allgemein den Anschauungen des Verf. beistimmen können, dass es in jedem Fall von Eiteransammlung im Thoraxraum zweckmäßig sei, entweder die spontane Entleerung nach außen abzuwarten oder auf medikamentösem Wege der Eiterung Einhalt zu thun. Dies letztere sucht Verf. durch fortgesetzten innerlichen Gebrauch von Jodpräparaten, durch Hebung des Ernährungszustandes (vor Allem durch Milchdiät) zu erreichen und wenn der Durchbruch erfolgt ist, durch Inhalationen von Karbol oder Thymol oder Terpentin direkt dem Eiterherd beizukommen. Seine Erfahrungen stützen sich auf 10 Fälle von Empyem. **Seifert** (Würzburg).

---

15. **Samuel.** Subkutane oder intravenöse Infusion als Behandlungsmethode der Cholera.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 40 u. 41.)

Nach einer Besprechung der Bedeutung des Kommabacillus kommt S. zu dem Schlusse, dass die Entdeckung dieses Mikroorganismus in der Behandlung des einzelnen Choleraanfalles nichts geändert habe, da man bis jetzt noch nicht im Stande sei, denselben im Darme zu tödten, dass es sich immer noch darum handle, die Lebensgefahr, die von dem rapiden Wasserverluste aus dem Blute droht, möglichst rasch zu beseitigen. Bei der aufgehobenen Resorptionsfähigkeit der Magen-Darmschleimhaut kann das fehlende Wasser nur durch intravenöse oder subkutane Infusion ersetzt werden. Die erstere Methode, mit der man nur vermittels häufiger Einspritzungen zum Ziele gelangen könnte, hat bis jetzt noch wenig befriedigt, da mehrfache Bedenken (z. B. Phlebitis) einerseits und die Unruhe des Kranken andererseits die nothwendigen Wiederholungen meistens unmöglich machen. Dass man mit der subkutanen Infusion gute Resultate erzielen kann, das ergeben die im Anhang mitgetheilten Versuche Cantani's. Die Methode der subkutanen Infusion ist schon in dem Referat eines das gleiche Kapitel behandelnden Aufsatzes (Centralblatt No. 36) angegeben.

Seifert (Würzburg).

---

16. **Nicolas-Duranty.** Note sur les injections intra-veineuses dans le traitement du choléra.

(Bull. génér. de thérap. 1884. Sept. 30.)

Im Choleraspitale zu Marseille behandelte Verf. 6 Cholerafälle mit intravenösen Injektionen. Mit Ausnahme eines Falles, der ganz kurz nach der Injektion starb, trat jedes Mal nach der Injektion ein sehr günstiger und ermunternder Erfolg ein, es hob sich der Puls, die Respirationen wurden tiefer und langsamer, es verschwand die Cyanose und stieg die Temperatur um $1-1^1/_2{}^\circ$ und die Kranken fühlten sich ganz bedeutend erleichtert. Keines von diesen Individuen genas, es waren die Injektionen immer erst im asphyktischen Stadium als Ultimum refugium gemacht worden, bei der Mehrzahl der Fälle wurden die Injektionen wiederholt und jedes Mal mit dem gleich günstigen momentanen, leider nicht lange anhaltenden Effekt. Zur Injektion wurde folgende auf 40° erwärmte Lösung benutzt: Natr. chlor. 5,0, Natr. caust. sicc. 1,0, Natr. sulfur. 25,0 : 1000,0 Aqua; als Instrument diente der Dieulafoy'sche Apparat, als Einstichsstelle die Cubitalvene. **Seifert** (Würzburg).

---

17. **Scudder** (Chicago). Treatment of cholera in India.

(Med. record 1884. Sept. 6.)

Das Hauptgewicht legt Verf. auf die Verabreichung von Excitantien sowohl per os als per clysma als subkutan und giebt eine ganze Reihe von Receptformeln dafür an, die uns nichts Neues bieten. Von einigen eigenthümlichen Versuchen sollen nur hervorgehoben werden die Schwefelräucherungen, von denen Verf. sich ziemlich viel zu versprechen scheint. Intravenöse Injektionen haben befriedigende Resultate nicht ergeben. **Seifert** (Würzburg).

---

18. **Dujardin-Beaumetz.** Expériences sur la désinfection des locaux ayant été occupés par des malades atteint d'affections contagieuses.

(Bull. génér. de thérap. 1884. Sept. 30.)

Es handelt sich in vorliegendem Bericht an die Akademie nur um eine vorläufige Mittheilung über die Technik der Desinfektion in Krankenzimmern, in welchen Betten und Möbel etc. in einer vollständigen Weise desinficirt werden sollen. Als das allein zweckmäßige Desinfektionsmittel erschien den Experimentatoren (außer dem Berichterstatter noch Pasteur und Roux) die schweflige Säure, zu deren Entwicklung sie sich verschiedener Apparate bedienten. Ob die Desinfektion in der von ihnen vorgenommenen Weise zum gewünschten Resultate geführt hat, das werden erst die Untersuchungen der im Versuchsraum aufgestellten Kulturen verschiedener Mikroorganismen zeigen. **Seifert** (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

19. Pröbsting. Zur Kasuistik der akuten Miliartuberkulose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 37.)

Bei einem 12jährigen Mädchen schwankte längere Zeit die Diagnose zwischen Typhus und akuter Miliartuberkulose. Am 41. Krankheitstage ließen sich im Urin Tuberkelbacillen nachweisen, nachdem schon in den vorausgegangenen Tagen Albumen in ganz geringer Quantität im Urin sich gezeigt hatte, mit zahlreichen Epithel- und Lymphzellen im Sediment. Mit dem Nachweis der Tuberkelbacillen im Urin war das Vorhandensein einer tuberkulösen Erkrankung der Harnorgane sicher gestellt. Der Ausgangspunkt der akuten Tuberkulose musste in der Erkrankung des einen Hüftgelenkes gesucht werden, wegen deren Pat. vorher in chirurgischer Behandlung war. Bei der Autopsie fanden sich zahlreiche käsige Knötchen in Mark und Rinde der Nieren und in der linken Niere eine Anzahl von Pyramiden in große käsige Herde umgewandelt, von denen aus tuberkulöses Material durch die Harnwege nach außen gelangt war.

Seifert (Würzburg).

20. Hoffmann (Darmstadt). Nephritis haemorrhagica nach Varicellen. Typhlitis hervorgerufen durch Einkeilung eines Kirschkernes im Proc. vermiformis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 38.)

Ein 6jähriger Knabe verschluckte einen Kirschkern, erkrankte 2 Tage nachher an Typhlitis; nach 13tägiger Stuhlverhaltung wurde mit dem ersten Stuhl, der aus einem steinharten Kothballen bestand, dem etwas blutiger Eiter anklebte, der Kirschkern entleert. Der gleiche Knabe erkrankte im Jahre darauf an Varicellen. Am 7. Krankheitstage wurde blutiger, eiweißhaltiger Urin gelassen, der zahlreiche Cylinder, rothe Blutkörperchen und Epithelzellen enthielt. 18 Tage nach Beginn der Nephritis war der Urin wieder normal. Bei den zwei Geschwistern des Pat. verliefen die Varicellen ohne Komplikation. **Seifert** (Würzburg).

21. Richard Schulz. Mittheilungen aus der medicinischen Abtheilung des herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV. Hft. 5.)

II. Seltnere Erkrankungen des Cirkulationsapparates.

1) Wandendokarditis mit typhusähnlichem Verlauf. Eine Frau, die 6 Wochen vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus entbunden worden war und inzwischen gearbeitet hatte, bot außer den Erscheinungen eines theils kontinuirlichen, theils mit morgendlichen Remissionen einhergehenden Fiebers, einer vergrößerten Milz und mitunter dünnem Stuhl keine wesentlichen pathologischen Erscheinungen dar. Namentlich waren die Herztöne, wenn auch schwach, doch rein. Bei der Sektion fand sich eine akute Wandendokarditis; durch einen verschleppten puerperalen Process war auf embolischem Wege eine Endokarditis und Myokarditis entstanden; das Herz war in allen seinen Theilen vergrößert; bedeutende Dilatation mit mäßiger Hypertrophie.

2) Aneurysma der Aorta abdominalis. Ein Aneurysma der Aorta, das während des Lebens außer einer intensiven Dämpfung im linken Hypochondrium und im unteren Theil der linken Thoraxhälfte, Schmerzen daselbst und in den Beinen durch Druck auf den linken Plexus sacralis (? lumbalis, Ref.) keine Erscheinungen dargeboten hatte — Pulsation war nicht vorhanden, doch hob sich die ganze Gegend des Tumors synchron mit dem Herzschlag — führte durch Perforation in die linke Pleurahöhle und Ruptur zum Tode. Aus dem Sektionsbefunde ist noch hervorzuheben, dass das Aneurysma knabenfaustgroß war und dass die Geschwulstmasse ganz aus älteren schwarzrothen, geschichteten Blutgerinnseln bestand, in welche die linke, vollkommen normale Niere eingebettet war.

3) Multiple Leberabscesse, verlaufend unter den Symptomen einer biliären

Pneumonie. Ein Fall, klinisch bemerkenswerth dadurch, dass eine schwere Lebererkrankung, es fanden sich sehr zahlreiche Abscesse mit stinkendem Eiter gefüllt vor, so gut wie gar keine darauf hinweisenden Erscheinungen verursachte. Das ursächliche Moment für die Leberabscesse fand sich in einer äußerst geringfügigen Entzündung des Proc. vermiformis, an die sich eine eitrige Pylephlebitis angeschlossen hatte.

4) Ein Fall von einseitiger temporaler Hemianopsie. Aus dem Krankheitsbilde heben wir Folgendes heraus: Vor 1½ Jahren bekam Pat. eine Sehstörung auf dem linken Auge, die sich zur Zeit auf vollkommenen Defekt der temporalen Gesichtshälfte beschränkt. Ophthalmoskopischer Befund normal. Taumelnder Gang. Bisweilen Kopfschmerzen. Kindisches Wesen. Parästhesien in Händen und Füßen. Sensibilitätsherabsetzung der drei letzten Finger der rechten Hand. Parese der Beine, rechts stärker, Parese des rechten Armes. Es handelte sich wahrscheinlich um einen langsam wachsenden Tumor im hinteren Winkel des Chiasma, welcher den rechten Tractus opticus komprimirte. Diese Diagnose wird dadurch gesicherter, dass 4 Wochen nach Aufnahme obigen Befundes eine Untersuchung auch einen Defekt des nasalen Gesichtsfeldes des rechten Auges ergab.

Die übrigen vom Verf. mitgetheilten Krankengeschichten beziehen sich auf einen Fall von Tabes dorsalis, bei dem eine antisyphilitische Behandlung ein Verschwinden fast sämmtlicher Krankheitssymptome erzielte; auf dieselbe Weise wurde eine Neuritis plexus brachial. sinistr. syphilitica geheilt. Ferner wird ein Fall von ausgedehnten Paralysen nach Diphtherie mit hochgradiger Ataxie beschrieben, eine rheumatische beiderseitige periphere Peroneuslähmung mit vasomotorischen Störungen; eine Myelitis dorsal. chronica; ein Abscess des rechten Kleinhirns und rechtsseitiger Parese des N. facialis. **Leubuscher** (Breslau).

22. Riegner. Über den heutigen Stand der Transfusionsfrage, insbesondere die Infusion von Kochsalzlösung.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1884. No. 15.)

R. empfiehlt die Kochsalzinfusion als die einfachste, ungefährlichste und wirksamste Transfusion, deren Indikation wesentlich auf Verblutungsanämie beschränkt ist. R. hat die Kochsalzinfusion in 3 Fällen mit vorzüglichem Erfolge angewendet. Der erste Fall betrifft eine 26jährige im 5. Monat gravide Näherin, bei welcher eine Auskratzung des tuberkulös erkrankten Fußgelenks und Eröffnung eines Abscesses an der Tibia vorgenommen wurde. 9 Tage nach der Operation entstand plötzlich eine sehr heftige Blutung vermuthlich aus der arrodirten A. tibialis, es kam zu einem durch keine Excitantien zu hebenden Collaps und es wurde 1 Liter einer rasch bereiteten Lösung (aus erwärmtem Leitungswasser, 1 Theelöffel Kochsalz und 5 Tropfen Kalilauge) infundirt. Sofort besserte sich das Allgemeinbefinden der Puls sank von 170 auf 80 Schläge und trotz eines 3 Stunden nach der Infusion aufgetretenen Schüttelfrostes trat vollkommene Besserung ein, so dass die Pat. nach 4 Wochen ohne Unterbrechung der Schwangerschaft entlassen werden konnte.

Bei dem zweiten Fall, einem 22jährigen Dienstmädchen, war ein großes Packet tuberkulöser Drüsen aus der rechten Achselhöhle entfernt worden. 11 Tage nach der Operation erscheint eine kolossale Blutung aus der arrodirten Vena axillaris, die Blutung wird gestillt, aber es bleibt starker Collaps, — ca. 170 Pulsschläge, Excitantien ohne Erfolg; darum wird eine Infusion einer in der Apotheke bereiteten 0,6%igen Kochsalzlösung mit 2 gutt. Natronlauge gemacht. Schon nach Einfluss von 100 g sinkt die Pulsfrequenz, steigt die Arterienspannung, und Pat., welcher im Ganzen 1200 g eingespritzt wurden, erholte sich vollständig und wurde nach 3 Monaten entlassen.

Bei dem dritten Fall, einer 33jährigen, sehr anämischen Kellnerwittwe, wurde wegen syphilitischer Striktur eine Mastdarmexstirpation ausgeführt. Bei der schwer zu stillenden Blutung kam es zu erheblichem Blutverlust und sehr bedrohlichem Collaps. 2 Stunden nach der Operation werden 1600 g einer 0,6%igen Kochsalzlösung infundirt und die Pat. am Leben erhalten, obwohl sie nach einigen Wochen in Folge amyloider Nierendegeneration zu Grunde ging. **Kayser** (Breslau).

23. Dwight. A case of hallucination, apparently dependent upon Malaria.

(New York med. journ. 1884. Sept. 20.)

Ein Eisenbahnbeamter litt seit 2 Monaten an momentan auftretenden und verschwindenden Gesichtshallucinationen, während deren er bleich wurde und die von Frösteln gefolgt waren. Er stammte aus psychisch gesunder Familie, litt aber an Vertigo. Da einige Symptome für Malaria sprachen, erhielt Pat. Chinin, worauf nach wenigen Tagen völlige Heilung eintrat. **Thomsen** (Berlin).

24. Seifert. Kehlkopfmuskellähmung in Folge von Bleivergiftung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 35.)

Nach einer Übersicht über die noch spärliche, einschlägige Litteratur berichtet S. über drei hierher gehörige Fälle. 1) Ein 19jähriger mit der Darstellung von Ölfarbe beschäftigter Tischler erkrankt Ende Juni unter Leibschmerzen, Verstopfung, Brechneigung; nach 8tägiger Bettruhe Zurückgehen dieser Erscheinungen bis auf ein drückendes Gefühl in der Nabelgegend; außerdem ist in der Zwischenzeit leichte Heiserkeit eingetreten, als deren Ursache S. bei der am 10. Juli vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung eine Parese des M. arytaen. propr. nachweist. Da sonst keinerlei Grund für die Entstehung der Kehlkopfmuskelparese aufzufinden war, sucht S. die Ursache derselben in der Bleivergiftung. Pat. entzog sich der Behandlung, über den schließlichen Ausgang ist daher nichts bekannt.

2) 45jähriger Lackirer, mehrmals von Bleikolik befallen, seit 1/2 Jahr Herzklopfen, Kurzathmigkeit, Appetitlosigkeit, Schwindelanfälle, hier und da Anschwellen der Füße, vermehrte Diurese, in den letzten 8 Tagen Zunahme der Athemnoth. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt Ödem über der Schleimhaut der Gießbeckenknorpel, bei der Respiration entfernen sich die Stimmbänder nur wenig, das linke der Mittellinie stärker genähert als das rechte. Nach wiederholten Skarifikationen, welche eine sofortige Minderung der Athemnoth zur Folge hatten, besserte sich auch die heisere Stimme, das linke Stimmband blieb indess dauernd der Mittellinie genähert, das rechte entfernt sich bei der Respiration etwas von derselben. Pat. geht, nachdem in den letzten 14 Tagen seines Lebens mit Verlust des Bewusstseins verbundene Krämpfe aufgetreten waren, nach fast 2 1/2monatlichem Krankenlager zu Grunde. Die Sektion ergiebt außer Herzhypertrophie, Schrumpfnieren, chronische Leptomeningitis, Hydrocephal. intern., frischen apoplektischen Herden in rechter Vormauer, linkem Linsenkern, rechter Brückenhälfte im Larynx Pigmentirungen der Schleimhaut über den Gießbeckenknorpeln, Verdickung und ödematöse Durchtränkung der wahren Stimmbänder, seröse Infiltration der M. thyreo-arytaenoid. intern., Atrophie des linken Crico-arytaen. post., Abmagerung des gleichen Muskels der rechten Seite. Die intra vitam vorhanden gewesene hochgradige Athemnoth erklärt sich also in diesem Falle aus der laryngoskopisch diagnosticirten Abductorenlähmung, welche ihre anatomische Bestätigung in dem die Glottiserweiterer betreffenden Befund erfahren hat.

3) 30jähriger Lackirer; 5 Jahre nachdem er in die Lehre getreten war, zum ersten Mal heiser; solche Anfälle von Heiserkeit hatten sich später mehrfach wiederholt und Pat. ist jetzt, nachdem er im September 1883 eine ausgesprochene Bleikolik durchgemacht hat, seit 10. November 1883 heiser. Durch den Kehlkopfspiegel wird eine vollständige rechtsseitige Recurrenslähmung nachgewiesen. Die Frage, welcher Natur die Kehlkopfmuskellähmungen bei Bleiintoxikation sind, hätte der Entscheidung näher gebracht werden können, wenn S. die Nn. recurrentes und deren Endverzweigungen in den atrophirten Muskeln, so wie die letzteren selbst einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen hätte.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

L. Brieger, Berlin, **P. Ehrlich**, Berlin, **D. Finkler**, Bonn, **A. Fränkel**, Berlin.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 52. **Sonnabend, den 27. December.** **1884.**

1. Ch. Remy. Nerfs éjaculateurs.

(Compt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. 1884. No. 30.)

Verf. beschreibt ein kleines, etwa stecknadelkopfgroßes Ganglion, das er beim Meerschweinchen beobachtet hat, und das auf der Vena cava inferior, in der Höhe der Venae renales, aufliegt und 4 oder 5 Zweige parallel der Wirbelsäule zu den inneren Genitalorganen hinabsendet. Wenn man die Bauchhöhle weit eröffnet, die Gedärme bei Seite schiebt und das Mesenterium anspannt und bei durchfallen-

dem Lichte betrachtet, so sind diese Nervenäste leicht zu sehen. Elektrische Reizung des Ganglion und der von ihm ausgehenden Nerven bewirkt sehr schnell energische wurmförmige Kontraktionen der Samenbläschen, dann treten Bewegungen der Ruthe und des Dammes ein und es erfolgt Ejaculatio seminis ohne Erektion. Sind mehrere Reizungen hinter einander vorgenommen, so tritt auch Erektion ein. Durchschneidet man die beschriebenen Nervenbahnen, so löst die Reizung der peripheren Stümpfe noch die Wirkung aus, Reizung der centralen Stümpfe nicht. Verf. unterscheidet diese Nerven, deren Reizung zunächst nur Ejakulation ohne Erektion bedingt, von den N. erigentes (Eckhart). In einer Anmerkung bemerkt Verf., dass ihm erst nachträglich eine Dissertation von Loeb (Gießen 1866) bekannt geworden sei, der schon die ejakulatorische Wirkung der vom Ganglion mesentericum infer. ausgehenden Sympathicusäste beschreibt. G. Kempner (Berlin).

---

2. R. Werner. Über galvanische Reizbarkeit motorischer Nerven und Muskeln an Gesunden bei perkutaner Galvanisation.

Diss., Leipzig, 1884.

W. bestimmte unter Leitung des Ref. die normale galvanische Reizbarkeit der einzelnen Nervenstämme und Muskeln bei einer großen Anzahl gesunder Individuen, mit Benutzung des Hirschmann'schen absoluten Galvanometers. Die von ihm gefundenen Werthe sind in verschiedenen Tabellen zusammengestellt, deren erste sich auf die galvanische Nervenreizbarkeit (minimale KSZ) bezieht; die zweite giebt eine Anordnung der dafür ermittelten Werthe nach Alter und Geschlecht, woraus u. A. ersichtlich wird, dass im Allgemeinen mit steigendem Alter eine Abnahme der galvanischen Nervenreizbarkeit zu erkennen ist. Die dritte Tabelle enthält eine vergleichende Übersicht der galvanischen Nervenreizbarkeit in beiden Körperhälften; die vierte außer Bestimmung der minimalen KSZ auch solche der minimalen ASZ und AOZ für die einzelnen Nervenstämme; die fünfte und sechste enthalten Bestimmungen der galvanomuskulären Kontraktilität (minimale KSZ und ASZ) für die meisten Muskeln des Körpers. Es ergab sich hierbei u. A., dass schon am normalen Muskel KSZ und ASZ durchschnittlich einander sehr nahe liegen, mitunter sogar bei denselben Stromstärken auftreten, und dass in seltenen Fällen ASZ sogar der KSZ voraufgehen kann. Es folgen noch einige Beobachtungen über galvanische Reaktion der Sinnesnerven, namentlich des Opticus. Die specifische Erregung des letzteren erfolgte bei sämmtlichen Reizmomenten, mit der Anode jedoch stets schon früher als mit der Kathode (AO und AS bei 0,1—0,2; KS und KO bei 0,2—0,3 M. A.). Eben so verhielt es sich auch bei den Geschmacksnerven, während für den Olfactorius W. die von

Aronsohn beschriebene Reaktionsformel bestätigte. Schließlich folgt noch ein Bericht über einige pathologische Befunde.

A. Eulenburg (Berlin).

3. Peiper. Über die Resorption durch die Lungen.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1884. Bd. VIII. p. 293—301.)

Die von anatomischer Seite konstatirte Reichhaltigkeit der Lunge an Lymphgefäßen gab dem Verf. Veranlassung zu dieser Studie. Er bestätigte in Übereinstimmung mit früheren Versuchen von Wasbutzky die überraschende Thatsache, dass die Resorption der in die Trachea injicirten Flüssigkeiten bei vertikaler Lagerung des Versuchsthieres um Vieles rascher erfolge als bei der subkutanen Injektion, dass z. B. eine Strychnindose bei Injektion in die Trachea nach 15 Sekunden Krämpfe, nach $2^1/_2$ Minuten den Tod zur Folge hatte, während die gleiche Menge subkutan injicirt erst nach 6 Minuten Krämpfe, nach 9 Minuten den Tod hervorrief.

Im Urin wurde Salicylsäure schon in dem ersten nach der Injektion aufgefangenen Tropfen nachgewiesen. Von besonderem Interesse sind die mit Hämoglobinlösung, Hühnereiweiß und Galle angestellten Versuche, bei denen diese zähflüssigen Substanzen nach ca. $^3/_4$ Stunden unverändert im Urin wieder ausgeschieden wurden. Ein Einfluss von Seiten des Nervensystems, fieberhafter Zustände, pneumonischer Infiltration auf die Resorptionsgeschwindigkeit ließ sich nicht erkennen.

Escherich (Würzburg).

4. Zuckerkandl. Das Schwellgewebe der Nasenschleimhaut und dessen Beziehung zum Respirationsspalt.

(Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 38.)

In dieser komparativ- und mikroskopisch-anatomischen Arbeit liefert Z. den Beweis, dass die Natur in der eigenthümlichen Anlage des Binnenskeletts der Nase das Bestreben an den Tag gelegt hat, neben dem Vortheil, bei möglichster Raumersparnis eine umfangreiche Membran zu beherbergen, die Nasenhöhle spaltförmig zu verengern; zur Erreichung dieses Zwecks dient auch das bei vielen Thieren und beim Menschen in gewisse Partien der Nasenschleimhaut eingebettete kompressible Schwellgewebe, dessen histologische Struktur Verf. mit bekannter Genauigkeit aus einander setzt. Durch die reichliche Verwendung von Schwellgewebe in der Nasenhöhle gewisser Thiere und auch des Menschen wird die Weite des Nasenspalts regulationsfähig. Am Schluss des interessanten, bezüglich anatomischer Details im Original nachzulesenden Aufsatzes, geht Z. auf die von Voltolini und Hack hervorgehobene klinische Bedeutung des Schwellgewebes der Nase ein, ohne hierbei neue Gesichtspunkte beizubringen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

5. **E. Maragliano.** Nuovo mettodo di facile applicazione clinica per misurare la capacità respiratoria del sangue.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 52.)

M. hat einen für den klinischen Gebrauch tauglichen Apparat zur Bestimmung der Absorptionsfähigkeit des Blutes für O konstruirt. Derselbe besteht aus zwei durch einen Kautschukschlauch verbundenen graduirten kommunicirenden Röhren A und B, von denen B offen ist, A aber ein durch einen Hahn abschließbares kanülenförmiges Ansatzstück hat. Beide Röhren werden bei freier Kommunikation mit Hg gefüllt, durch Hebung der Röhre B das obere Ende der Röhre A luftleer gemacht, dieser luftleere Raum mit reinem O gefüllt. Dann wird eine kleine Quantität (4 ccm) Blut mit einer entsprechenden Pravaz'schen Spritze direkt einer Vene entnommen und unter Quecksilber in den Sauerstoffraum der Röhre A gebracht. In kurzer Zeit (10 Minuten) absorbirt das Blut allen O, den es überhaupt aufnehmen kann und an der Niveauveränderung der Quecksilbersäule kann man die Menge dieses absorbirten Sauerstoffs bestimmen. Auf diese Weise lässt sich das Sauerstoff-Absorptionsvermögen des Blutes bei verschiedenen Individuen und bei verschiedenen pathologischen Zuständen ermitteln, Untersuchungen, mit denen M. eben beschäftigt ist.

Kayser (Breslau).

---

6. **A. Zuliani.** Sopra una causa di errore nella ricerca dell' albumine nelle orine mediante l'acido picrico.

(Gaz. d. osp. 1884. No. 60.)

Z., der in der Pikrinsäure ein vortreffliches Reagens auf Eiweiß im Urin anerkennt, fand, dass durch dieselbe eine Trübung in völlig eiweißfreiem Urin hervorgebracht wurde, wenn die betreffende Person vorher Chinin. sulf. gebrauchte. Er wies durch direkte Versuche nach, dass in Urin wie in destillirtem Wasser auch ein minimaler Gehalt an Chin. sulfur. durch Pikrinsäure in Form einer Trübung angezeigt würde. Auch bei Personen, deren Urin nachweislich keine Spur von Eiweiß enthielt, erzeugte Pikrinsäurezusatz Trübung des Urins, sobald dieselben Chinin genommen hatten und zwar konnte es Chin. sulf. oder Chin. valerian. oder auch Chin. arsenicat. sein. Die Chinintrübung des Urins bei Pikrinsäurezusatz unterscheidet sich aber von der Eiweißtrübung dadurch, dass die erstere nur in der Kälte stattfindet und bei der Erwärmung wieder verschwindet.

Kayser (Breslau).

---

7. **Heubner** und **Bahrdt.** Zur Kenntnis der Gelenkeiterungen bei Scharlach.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 44.)

Der mitgetheilte Fall kann in hohem Grade dazu dienen, die Experimente Löffler's zu bestätigen, welche zeigten, dass die Reinkulturen eines kettenbildenden Coccus, der sich in den Membranen

der Scharlachdiphtherie findet, direkt in die Blutbahn gespritzt, schwere eitrige Entzündungen zahlreicher Gelenke hervorrufen, in denen die Kokken wieder nachweisbar sind. Ein 14jähriger Knabe erkrankte mit Scharlach und Diphtherie; am 7. Krankheitstage trat eine diphtherische Hautentzündung an der linken Seite des Hodensackes und der angrenzenden Schenkelfläche auf, die in zwei Tagen wieder verschwand. Am 8. Tage begann eine Schmerzhaftigkeit und Schwellung einiger Fingergelenke der linken Hand und des rechten Kniegelenks. Es wurden sodann noch mehrere Gelenke ergriffen, in denen sich reichliche Ergüsse bildeten; die Diphtherie schwand anscheinend völlig, jedoch unter dem Hinzutreten pneumonischer, perikarditischer und nephritischer Krankheitserscheinungen trat am 17. Krankheitstage der Tod ein.

Bei der Sektion zeigte sich der unerwartete Befund, dass an der am weitesten nach hinten und unten gelegenen Partie der rechten Tonsille noch eine eitrige Infiltration bestand, die sich von hier durch die Tonsillenkapsel nach der retropharyngealen Gegend fortsetzte. Ferner bestand eitrige Infiltration des Gewebes der rechten Halsseite, und dieser Process hatte sich auch auf die Vena jugularis communis fortgesetzt und hier zu einer ausgedehnten eitrigen Thrombophlebitis geführt.

Es fanden sich nun in Präparaten, die bei Lebzeiten des Kranken von der diphtherisch erkrankten Hautpartie gefertigt worden waren, jene Kettenkokken äußerst reichlich. Dieselben zierlichen Ketten gelang es auch an den Wänden des Eiterganges nachzuweisen, welcher von der Tonsille längs des Halszellgewebes und der Muskeln nach der eitrig thrombosirten Vena jugularis führte. Dieselben Kettenkokken fanden sich ferner im Blute selbst und zwar reichlich, theils in dichten Knäueln verschlungener Ketten, theils auch in einzelnen langen Perlschnüren zwischen den Erythrocyten des Leichenblutes Und endlich, um das Experiment völlig zu bestätigen, fanden sich die Kokken auch in dem untersuchten Gelenkeiter und dem fibrinösen Exsudat des Herzbeutels.

Der letale Ausgang in dem vorliegenden Falle wird wohl mit vollem Rechte seitens der Verff. durch die sekundäre Invasion des Mikroparasiten erklärt, dem eine Eingangspforte auf der durch die Scharlachdiphtherie disponirten Tonsille geschaffen worden war.

M. Cohn (Hamburg).

---

8. F. Krause. Über die akute eitrige Synovitis (akute »katarrhalische« Gelenkentzündung) bei kleinen Kindern und über den bei dieser Affektion vorkommenden Kettencoccus. (Aus der Volkmann'schen Klinik in Halle.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 43.)

Innerhalb der beiden ersten Lebensjahre, fast nie nach dem vierten Jahre, kommen nicht zu selten (Volkmann erinnert sich etwa 50

solcher Fälle) monoartikuläre eitrige Gelenkentzündungen unbekannter Ursache vor, die weitaus am häufigsten das Kniegelenk, im Allgemeinen immer nur ein großes Gelenk befallen. Unter Schmerz und Fieber füllt sich das Gelenk mit Flüssigkeit, die Weichtheile zeigen phlegmonöse Schwellung und Röthung. Die Flüssigkeit erweist sich bei spontaner oder künstlicher Eröffnung des Gelenks als Anfangs glasigschleimiger, später reinschleimiger Eiter. Die Synovialmembran ist hochroth gefärbt, die Knorpel intakt. Heilung ist die Regel. Seltener kommt es zu sekundärem Zerfall der Knorpel, Ankylose, Subluxationen etc.

Bei zwei Fällen, die Verf. selbst beobachtete (deren einer aber durch eine eitrige Meningitis, charakterisirt durch Anwesenheit der gleichen Mikroorganismen, wie im Gelenk, komplicirt war), züchtete er aus dem Gelenkeiter einen kettenbildenden Coccus, der morphologisch mit dem Rosenbach'schen Streptococcus pyogenes und mit den Löffler'schen Kettenkokken identisch zu sein schien.

Wurden solche reingezüchtete Kokken auf Mäuse verimpft, so entstand eine Abscessbildung und tödliche Mikrokokkeninvasion im Blute.

Meerschweinchen zeigten sich refraktär.

Bei Kaninchen entsteht bei Hornhautimpfung stets Keratitis und Iritis, die in 10—14 Tagen abheilt. Bei Impfungen am Ohr bildet sich eine leichte nicht progressive Phlegmone.

Injektionen ins Blut hatten weder bei Kaninchen noch bei Meerschweinchen schädliche Wirkung.

Aus letzterem Umstande schließt Verf., dass die vorliegenden Mikroorganismen trotz der morphologischen Analogie von den Löffler-schen kettenbildenden Kokken im Wesen verschieden sind.

Er lässt es dahingestellt sein, ob dieselben mit der eitrigen Synovitis in kausalem Zusammenhange stehen. **Heubner** (Leipzig).

---

9. E. Duclaux und L. Heydenreich. Studien an einem Mikroben, welcher bei einem an dem sog. »Clou de Biskra« leidenden Kranken gefunden wurde.

(Arch. de physiol. norm. et pathol. 1884. Bd. IV. No. 6. p. 106 ff.)

In Paris kam ein Kranker zur Beobachtung, der an dem »Geschwür von Biskra«, einer in Asien verbreiteten Hautkrankheit, litt, welche übertragbar ist, hauptsächlich im September und Oktober auftritt und, mit Knötchen auf der Haut (des Gesichts, der Hände) beginnend, zu ausgedehnten, mit Krusten sich bedeckenden, nicht sehr tiefen Ulcerationen führt, die erst im Laufe von Monaten unter Zurücklassung von starken Narben heilen.

Frühere Untersucher kamen bei der Untersuchung des Geschwürseiters auf Bakterien zu ungleichen Resultaten.

Die Verff. entnahmen aus der Nachbarschaft der erkrankten

Hautpartien des oben erwähnten Kranken Blut und fanden in demselben einen 0,5—1 μ großen Coccus, bald in Gestalt zweier runder Granula, bald in Gloeaform auftretend. Dieser Coccus wurde in Kalbsbrühe und in neutralem Urin gezüchtet und gedieh bei 35° besonders gut.

Mit »Reinkulturen« dieses Mikroorganismus (aus Kalbsbrühe) wurde bei einem Kaninchen eine durch zahlreiche exulcerirende Knötchen charakterisirte, einmal recidivirende Hautkrankheit hervorgerufen. Nachdem diese abgeheilt, wurde das Thier paralytisch und starb einige Zeit später.

Bei späteren Versuchen erzielten die Verff. aber ganz abweichende Resultate. Je nach dem Alter der angewandten Kulturen nämlich und auch je nach der Art der Applikation (subkutane Impfung, direkte Injektion ins Blut) bekamen sie entweder ganz rasch tödlich verlaufende Erkrankungen mit ausgebreiteten Fibringerinnungen in den Lungengefäßen und kolossaler eitriger Perikarditis, oder Anfangs nur geringfügige Lokalerscheinungen, im Laufe von Tagen und Wochen aber eine Art chronischer Pyämie mit vorwiegenden osteomyelitischen Eiterungen, vorzüglich in den Lendenwirbeln, im letzteren Falle meist gefolgt von hämorrhagischer Spinalmeningitis. Diese letzteren Veränderungen führten zu eigenthümlichen paralytischen Erscheinungen.

Die Erklärung dieser verschiedenartigen Wirkungen desselben Mikroben wird von den Verff. in den modificirenden Einflüssen länger dauernder Kulturen (»Virus atténué«) etc. gesucht. Die Details hierüber, so wie über die betreffs des Chemismus der Bakterienwirkung (ihre hämoglobinzerstörende Eigenschaft) angestellten Versuche sind im Original nachzulesen. Die Verff. lassen die Frage offen, ob sie in ihrem Mikroben das Kontagium des Geschwürs von Biskra dargestellt haben.

Da sie nicht auf festen Nährböden züchteten, so dürfte wohl ein Zweifel erlaubt sein, ob sie in allen ihren verschiedenen Experimenten wirklich immer ein und dasselbe Virus vor sich gehabt haben. Jedenfalls sind aber die hervorgebrachten Erkrankungen, besonders die osteomyelitischen Processe an sich schon der Beachtung werth.

Heubner (Leipzig).

---

10. **Meyer.** Die öffentlichen Impfungen im Kreise Heilsberg im Jahre 1881, ausgeführt mit animaler Lymphe.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1884. Bd. XLI. p. 301.)

Verf. suchte zu ermitteln, ob sich die animale Impfung im großen Maßstabe ausführen lässt und welche Mühe und Kosten dieselbe verursacht. Er wandte die nach der Methode Pissin gewonnene animale Glycerinlymphe bei im Ganzen 1625 Vaccinationen und 721 Revaccinationen an. Die ersteren ergaben 97,2% mit Erfolg, die letzteren 94,2% mit Erfolg. Die Mehrkosten gegenüber der Anwendung

humanisirter Lymphe betrugen 120 *M*, sind aber nur unbedeutend; dagegen ist der Bedarf an Mühe und Zeit ein bedeutend größerer, mindestens dreifacher. **Strassmann** (Berlin).

11. **Corradi.** Risultati dell' inchiesta intorno alle cause e alla profilassi della tisi polmonare.

(Annal. univ. di med. e chir. 1884. Vol. CCXLIX. Sept.)

Diese Mittheilung entspricht im Wesentlichen dem Bericht, den Verf. auf dem internationalen hygienischen Kongress im Haag erstattet hat. Die seitens der R. Società italiana d'Igiene versandten Fragekarten rücksichtlich der Entstehung und Verhütung der Lungenschwindsucht hatten 680 Beantwortungen gefunden, von denen sich 59 (8,6%) für stattgehabte Ansteckung, 124 (18,2%) dagegen aussprachen, während 497 (73%) andere Ursachen, namentlich Heredität, annahmen. Aus den speciellen Angaben wird geschlossen, dass eine Ansteckung möglich ist und ganz besonders durch das eheliche Zusammenleben begünstigt wird, so fern eine wenig widerstandsfähige Konstitution die Disposition dafür gab; dass dagegen durch Kleidungsstücke, Betten, Nahrungsmittel etc. keine Ansteckung stattfinde; nur die eben genannten Bedingungen also gäben eine Handhabe für die Prophylaxe. Die Sammelforschung wird bekanntlich den gefassten Beschlüssen gemäß nach Formularen fortgesetzt, die den vom Verein für innere Medicin in Berlin und von der British medical association angenommenen im Wesentlichen entsprechen. **Posner** (Berlin).

12. J. **Thomayer.** Zur Diagnose der akuten Miliartuberkulose.

(Ärztl. Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Prag vom Jahre 1882—1884.)

Die Diagnose der akuten Miliartuberkulose bietet häufig außerordentliche Schwierigkeiten, die hauptsächlich durch den Umstand hervorgerufen werden, dass die Miliartuberkel in den einzelnen Fällen verschiedene Lokalisation in den Organen haben und dass desshalb eine ganze Reihe von verschiedenen Verlaufsarten zu unterscheiden ist. Eine Form, die nach T. bisher noch nicht zur Beobachtung gekommen, ist die, in welcher die Krankheit vollkommen apyretisch verläuft; während dreier Jahre wurden auf der Eiselt'schen Klinik in Prag 4 derartige Fälle beobachtet, eine Zahl, welche dafür spricht, dass apyretisch verlaufende Fälle von Miliartuberkulose kaum als eine exquisite Seltenheit angesehen werden können. Doch ist zu erwähnen, dass der eine Fall, dessen Krankheitsgeschichte mitgetheilt ist und der allerdings durchweg subnormale Temperaturen aufweist, nur während der 3 letzten Tage beobachtet worden ist, so dass es sich sehr wohl nur um eine terminale Erscheinung handeln kann, die ja bekanntlich auch bei chronischer Tuberkulose sub finem vitae selbst nach sehr hohem Fieber vorkommt. Eine andere Beobachtung ist ebenfalls von

Interesse: das Auffinden eines Miliarknötchens an der Pharynxwand intra vitam. Im Niveau der Zungenoberfläche wurde in der Schleimhaut der hinteren, rechten Pharynxwand ein kleines graues Knötchen umgeben von einem lebhaft gerötheten Hofe bemerkt, welcher Befund zur Bestätigung der Diagnose wesentlich beitrug. T. empfiehlt, bei Verdacht auf Miliartuberkulose stets die Rachenschleimhaut genau zu betrachten, da ein solcher Befund leicht zu machen ist und jedenfalls mit keinen Schwierigkeiten verbunden ist, wie es mitunter bei der ophthalmoskopischen Untersuchung der Fall ist.

Mendelsohn (Berlin).

---

13. **M. Mendelssohn.** Über die elektrische Reaktion der sensiblen Hautnerven bei Tabikern.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 7.)

Abgesehen von einer Angabe Neftel's, welcher auf das Vorwiegen der Anodenempfindung bei Tabikern hingewiesen hat, fehlen uns bisher genauere Untersuchungen über den Elektrotonus der sensiblen Nerven bei der Tabes. M. hat diese Lücke zum Theil ausgefüllt durch eine Reihe von Untersuchungen, welche er im klinischen Laboratorium Charcot's (Hop. Salpetrière zu Paris) ausführte.

Zunächst überzeugte er sich durch Untersuchungen an gesunden Menschen, dass das Erregungsgesetz bei den sensiblen Nerven ein dem bei den motorischen analoges ist; setzt man für Z (Zuckung) E (Empfindung), so ergiebt sich

$$\mathrm{Ka\,SE} > \mathrm{An\,SE},$$
$$\mathrm{An\,SE} > \mathrm{An\,OE}\ \text{und}\ \mathrm{Ka\,OE},$$
$$\mathrm{An\,OE} = \mathrm{Ka\,OE}.$$

Nie konnte M. das Vorwiegen der An OE über Ka OE (wie beim motorischen Nerven) konstatiren.

Sodann untersuchte Verf. 34 Tabiker. Bei den meisten dauerte die Tabes bereits mehrere Jahre und hatte das Ende der 2. Periode erreicht. 21 von diesen Pat. boten mehr oder weniger ausgesprochene verschiedenartige Sensibilitätsstörungen dar, von einer geringen Abstumpfung der Empfindlichkeit und partieller Empfindungslähmung bis zu völliger Vernichtung der Sensibilität. Von diesen 21 Kranken zeigten 9 abnorme elektrische Reaktion der sensiblen Nerven in der Weise, dass $\mathrm{An\,OE} > \mathrm{Ka\,SE}$ war; beim Öffnen des Stromes war $\mathrm{An\,OE} = \mathrm{Ka\,OE}$, doch fühlten 2 Kranke, bei welchen die Tastempfindung bei deutlicher Analgesie fast normal erschien (Berger's Symptom), beim Maximum der Stromstärke (60 Gaiffe'sche Elemente) gar keine Empfindung bei An O. In mehreren Fällen fand M., dass die Anodenempfindung nicht nur in ihrer Intensität, sondern auch in ihrer Qualität von der Kathodenempfindung differirte. Während bei An S das Gefühl des Brennens empfunden wurde, fühlten die Kranken bei Ka S ein Stechen; auch wurden in den Fällen mit vorwiegender Anodenempfindung die Verlangsamung der Empfindungs-

leitung, langes Andauern der Empfindung nach aufgehobenem Reiz und andere Formen der Sensibilitätsstörung vorzugsweise und sehr deutlich bei der Reizung mit An S beobachtet.

Ob die von M. gefundene anomale, der Entartungsreaktion analoge Reaktion der sensiblen Nerven bei Tabikern, wie von vorn herein wahrscheinlich ist, mit den anatomischen Veränderungen der Hautnerven (Westphal, Déjerine) zusammenhängt und in welchem Stadium der Hinterstrangsklerose diese Reaktion auftritt, hat Verf. weiteren Untersuchungen vorbehalten. A. Hiller (Breslau).

---

14. Rossbach. Nervöse Gastroxynsis, als eine eigene, genau charakterisirbare Form der nervösen Dyspepsie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV.)

Unter der Bezeichnung Dyspepsien finden sich in den Lehrbüchern eine Reihe pathologischer Zustände geschildert, die wahrscheinlich ein ganzes Heer der verschiedensten Erkrankungen umfassen. Die Versuche, aus diesem Chaos einzelne wohlcharakterisirte Krankheitsbilder herauszuschälen, müssen im Großen und Ganzen bislang als gescheitert betrachtet werden, hat doch der letzte medicinische Kongress den Beweis geliefert, dass selbst die so viel studirte »nervöse Dyspepsie« weit davon entfernt ist, ein typisches und leicht von anderen Zuständen trennbares Krankheitsbild darzustellen.

Nichtsdestoweniger hat die pathologische Forschung auf diesem Gebiete die Aufgabe, die Trennung einzelner schärfer charakterisirter Zustände aus dem allgemeinen Symptomengewirr zu versuchen. Diese Aufgabe sucht R. durch Beleuchtung eines eigenartigen scharf charakterisirbaren und unschwer diagnosticirbaren dyspeptischen Zustandes zu lösen, den er als »nervöse Gastroxynsis« bezeichnet und dessen Grundlage eine durch nervöse Beeinflussung zu Stande gekommene zu starke Säureausscheidung im Magen ist.

Die Gastroxynsis betrifft nur die gebildeten Stände und namentlich solche Menschen, die sich vielen und unausgesetzten geistigen Anstrengungen unterziehen müssen.

Die Krankheit tritt immer in Anfällen von 1—3tägiger Dauer auf, bald alle Wochen, bald seltener, alle 1—2 Monate. Gelegenheitsursachen sind geistige Überanstrengung und Aufregung oder Intoxikationen, wie Cigarrenrauchen etc. Die Symptome spielen sich theils im Bereich des Gehirns, theils in dem des Magens ab, und zwar so, dass bald die einen, bald die anderen prävaliren. So beginnt der Anfall entweder mit immer heftiger werdendem Kopfweh, oder er beginnt mit einem höchst unangenehmen Gefühl von Schärfe und Ätzung im Magen, und es gesellt sich erst später das Kopfweh hinzu. Das Säuregefühl im Magen ist meist außerordentlich deutlich und bisweilen so stark, dass es den Schlaf erschwert oder geradezu aus demselben aufweckt. Das sehr bald eintretende Gefühl von Übelkeit steigert sich in den meisten Fällen bald, in selteneren Fällen erst

nach Tagen bis zu heftigem Erbrechen, durch welches der gesammte Mageninhalt entleert, das Kopfweh aber zugleich ziemlich prompt beseitigt wird.

Die erbrochenen Massen sind außerordentlich sauer, und die chemische Untersuchung weist einen starken Gehalt an Salz und Milchsäure auf. Wenn der Magen völlig entleert ist, stellt sich Müdigkeit und Schlaf ein, aus welchem der Kranke gesund, frisch und wie neu belebt erwacht. Er hat guten Appetit, ja sogar Hunger, verdaut mit größter Regelmäßigkeit und kann nun wieder geistig arbeiten.

Die Anfälle werden durch Trinken lauwarmen Wassers modificirt. Werden gleich im Beginn, wenn der Kranke eben gerade die saure Empfindung an der Cardia oder leichtes Kopfweh bekommt, ein oder mehrere Gläser lauwarmen Wassers getrunken, so wird der Anfall häufig koupirt, es tritt in kürzester Zeit vollständige Wiederherstellung ein. In späteren Stadien mildert das Wasser den Kopfschmerz oder beschleunigt das Erbrechen und damit die Koupirung der Hirnsymptome.

Der eigentliche Urgrund der Anfälle kann nach R. nur »in einem bestimmten Zustand des Nervensystems gefunden werden, der ererbt oder erworben ist und darin besteht, dass einerseits von gewissen Centraltheilen aus, theils direkt, theils auf reflektorische, auf der Vagusbahn hin- und herlaufende Anstöße, eine abnorm starke Magensäuresekretion angeregt wird und dass andererseits von den sensiblen Magennerven aus durch die darauf einwirkende Säure viel stärkere Reflexe in entfernteren Gefäßgebieten ausgelöst werden, als bei normalem Nervensystem«.

Wer die R.'sche Schilderung des neuen Krankheitsbildes genau verfolgt, der wird sofort die frappante Ähnlichkeit desselben mit jenen Zuständen herauserkennen, die man bisher immer als Hemikranie beschrieben hat, und desshalb war auch R. Anfangs geneigt, diese Hemikranien ganz zu streichen und den Gastroxynsien zuzuzählen. Allein durch eingehende Beobachtung aller Migraineformen und namentlich durch Berücksichtigung und Untersuchung des aufstoßenden oder erbrochenen Mageninhaltes kam R. zu der Überzeugung, dass es doch auch Migraineformen giebt, die nicht von Gastroxynsis herrühren.

Unverricht (Breslau).

---

15. **Dreschfeld.** On the pathology of the lung complications in diabetes.

(Med. chronicle Oct. 1884. Nov. 1.)

D. bespricht von den Komplikationen, welche von Seiten der Lungen im Verlauf des Diabetes auftreten können, die akute krupöse Pneumonie, die akute Bronchopneumonie, die Phthise, die chronische (nicht tuberkulöse) Pneumonie und die Lungengangrän. Zur Illustration dieser verschiedenen Formen führt er einige interessante

Beispiele an, so einen Fall von krupöser Pneumonie mit Ausgang in Gangrän. Die 42jährige Pat. war unter Koma zu Grunde gegangen, ohne dass im Urin die Eisenchloridreaktion aufgetreten wäre. Pneumoniekokken konnte D. im pneumonisch infiltrirten Gewebe nicht nachweisen.

In 3 Fällen von Phthisis pulmonum, die den Diabetes begleiteten, fanden sich Tuberkelbacillen in den Lungen (es waren das Präparate aus der Sammlung). Schließlich berichtet D. noch über einen Fall von chronischer Pneumonie, bei dem sich weder im Sputum noch im Gewebe der Lunge Tuberkelbacillen vorfanden.

Seifert (Würzburg).

---

16. J. Thomayer. Über Urämie bei reichlicher Diurese.

(Ärztl. Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Prag vom Jahre 1882—1884.)

Die Deutung urämischer Symptome bei reichlicher Diurese muss sehr vorsichtig geschehen, wenn auch die Retention von gewissen Harnbestandtheilen und relativ reichliche Absonderung des Harnwassers einander nicht ausschließt, da es möglich ist (Heidenhain), dass Harnwasser und gewisse Salze einerseits und die specifischen Harnbestandtheile andererseits von verschiedenen Elementen der Niere abgesondert werden. Einen gewöhnlichen Anlass zu Täuschungen in dieser Hinsicht geben chronische Nephritiden, denen Alkoholmissbrauch vorangegangen ist; Magenerscheinungen und Schläfrigkeit oder Trägheit im Verlaufe derselben haben ihre Veranlassung in dem Alkohol. Ferner hatte ein Pat. mit chronischer Nephritis einen eklamptischen Anfall von ca. 1 Minute Dauer und $^1/_2$stündiger Bewusstlosigkeit an einem Tage, an welchem seine Harnmenge 2540 betrug; am folgenden Tage hatte er 2000. Es stellte sich bei der Obduktion heraus, dass das Gehirn in beiden Vorderlappen einzelne derbe sklerosirte, in der Umgebung größerer Gefäße befindliche Stellen zeigte, welche wahrscheinlich der Beschäftigung des Pat. mit Blei ihre Entstehung verdankten; wenigstens zeigte die chemische Untersuchung einer Hirnhemisphäre ein erhebliches Quantum Blei — der eklamptische Anfall war also durch die chronische Bleivergiftung veranlasst worden. Erst nach eingehender Untersuchung post mortem darf man in den einzelnen Fällen an der Diagnose Urämie bei reichlicher Diurese festhalten.

Mendelsohn (Berlin).

---

17. H. Oppenheim. Die Beziehungen der Hemikranie zur Tabes dorsalis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1884. No. 38.)

Verf. erinnert zunächst daran, dass vor Berger schon Duchenne und besonders Pierret auf paroxystische Schmerzanfälle im Gebiet der sensiblen Nerven des Kopfes und migräneähnliche Symptomenbilder bei der Tabes dorsalis aufmerksam gemacht haben.

O. studirte die Beziehungen zwischen Hemikranie und Tabes genauer an 85 Fällen von Tabes. Unter diesen 85 waren 12, bei denen typische Anfälle von Migräne bestanden hatten oder zur Zeit der Beobachtung noch bestanden; 10 Frauen (unter 32), 2 Männer. Aus den kurz resumirten Krankengeschichten geht hervor, dass typische Migräne am häufigsten viele Jahre vor dem Eintritt der tabischen Initialsymptome bestanden hat. Dieselbe tritt im weiteren Verlauf in immer kürzeren Intervallen, stärkeren und längeren Attacken auf, hört aber gewöhnlich mit der Entwicklung der tabischen Erscheinungen oder vorher gänzlich auf, oder nur die Kopfsymptome treten zurück, während das Erbrechen hartnäckiger wird und so ein Übergang in gastrische Krisen stattfindet. Seltener besteht die Hemikranie nach Entwicklung der Tabes fort, eben so selten entwickelt sie sich erst im Verlauf der letzteren. Es ist nach O. wichtig, in einem Fall von Hemikranie auch die diagnostische Prüfung auf beginnende Tabes vorzunehmen. **Eisenlohr** (Hamburg).

---

18. P. J. **Möbius.** Über periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung.

(Vortrag gehalten vor der 9. Wanderversammlung d. südwestdeutsshen Neurologen.)

Der Fall, der M. zur Basis seines Vortrages diente, ist folgender:

Ein 6jähriges Mädchen kam in M.'s Behandlung wegen rechtsseitiger totaler Oculomotoriusparese mit Einschluss der Pupillenfasern, die 4 Wochen zuvor mit heftigen Schmerzen im rechten Auge und Erbrechen eingetreten war. Die Schmerzen dauerten 14, das Erbrechen 8 Tage. Innerhalb der nächsten 6 Wochen ging die Lähmung allmählich zurück, 10 Wochen nach dem Beginn war nur noch die Mydriasis (und Accommodationslähmung) vorhanden. Ähnliche Attakken waren bei dem Kinde schon am Ende des 1. Lebensjahres (mit 3tägiger Dauer), im 3. Jahr (mit 8wöchentlicher Dauer), von da an alljährlich einmal aufgetreten, alle (mit Ausnahme der ersten) hatten mit Schmerzen im rechten Auge begonnen.

Verf. erwähnt 2 Fälle aus der Litteratur, von v. Hasner und R. Saundby mitgetheilt, die in Bezug auf die periodische Wiederkehr der Oculomotoriuslähmung seinem Fall analog sind. In seinem eigenen wie in Saundby's Fall war jede folgende Attacke schwerer als die vorhergehende; in seinem und in v. Hasner's Fall blieb die Mydriasis permanent. Es ist Verf. daher wahrscheinlich, dass es sich bei der periodisch wiederkehrenden Oculomotoriuslähmung um eine allmählich und schubweise sich ausbildende Lähmung handelt. Die Periodicität, in seinem und von v. Hasner's Fall sehr evident, ist in ihrer Ursache unerklärt.

Bei der Erörterung der Frage, ob die Annahme einer Erkrankung der Wurzelregion des Oculomotorius zutreffend sei, geht Verf. näher auf die Unterschiede centraler und peripherer Augenmuskellähmungen ein. Sichere Kennzeichen der cerebralen resp.

muskulären Lähmung sind ihm: 1) die zeitliche Anordnung der Lähmungserscheinungen, die die örtliche Gruppirung der Kernregion abspiegelt; 2) associirte (oder konjugirte) Lähmungen; 3) Einsetzen der Lähmung mit Augen- bez. Kopfschmerzen und Erbrechen. Namentlich letztere Begleiterscheinungen scheinen M. stets die centrale Natur darzuthun.

Den Schmerz erklärt M. in solchen Fällen durch die Annahme einer Reizung der dem Oculomotoriuskern benachbarten Partien der absteigenden Quintuswurzel. Es ist ihm wahrscheinlich, dass letztere außer den sensiblen Fasern des Auges auch die Nerven der Dura enthält. Das Erbrechen ist wohl als ein reflektorisches zu betrachten, das der Reizung ganz bestimmter Fasern folgt (ähnlich wie bei Migräne, bei Hirntumor).

Über die Natur des Processes, der der Lähmung zu Grunde liegt, spricht sich M. nur sehr reservirt aus, als möglich denkt er sich Gliom.

Eisenlohr (Hamburg).

---

19. **Crothers.** Acute impulsive inebriety.

(Med. record 1884. Sept.)

Unter dem Namen der »akuten impulsiven Trunksucht« beschreibt Verf. eine Krankheit, deren Wesen darin besteht, dass Personen, die bisher durchaus nüchtern waren, plötzlich der heftigsten Trunksucht verfallen.

Sie ist häufig der Vorbote einer progressiven Paralyse oder geht in anderen Fällen rasch in einfache Demenz über und giebt unter allen Umständen eine ungünstige Prognose.

In allen Fällen lässt sich eine hereditäre (Trunksucht des Vaters etc.) oder erworbene Disposition (erschöpfende Krankheiten, Überanstrengung, Gemüthserschütterung) oder beides nachweisen. Alle Fälle gehen in periodische oder kontinuirliche Trunksucht über.

Wahnideen oder Hallucinationen, wie bei der Dipsomanie, fehlen fast stets, die Kranken trinken, weil sie eine psychische Pein empfinden, welche durch Alkohol (oder ein anderes Narcoticum, z. B. Opium) sicher gehoben wird.

Eine Beseitigung der Krankheit ist nur in einer geschlossenen Anstalt möglich.

Thomsen (Berlin).

---

20. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et l'idiotie. Compte rendu du service des Epileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1883 par Bourneville, Bonnaire, Boütier, Leflaive, P. Bricon et Séglas.

Paris 1884.

Der diesjährige Bericht aus Bicêtre enthält außer den historischen und statistischen Nachrichten aus der Anstalt eine große Arbeit von

Bourneville und Séglas: Über das Wiederkäuen beim Menschen und bei Thieren. Es ist eine förmliche Monographie mit reichlicher zum Theil neuer und interessanter Kasuistik, die sich nicht zu kurzem Referat eignet. Die Verff. stützen sich auf ein Material von 46 Fällen, von denen 6 ihrer eigenen Beobachtung angehören. Fremde Litteratur ist gewissenhaft benutzt.

Zweitens eine neue Beobachtung von Hystero-Epilepsie bei einem 13jährigen Knaben. Heilung durch Hydrotherapie.

Die folgenden drei Aufsätze setzen die Reihe der interessanten Publikationen über Idiotie fort, welche die Berichte aus Bicêtre seit ihrem Erscheinen bringen.

Es werden sehr genau mitgetheilt die Krankengeschichten und Sektionsprotokolle von

1) Ein Fall von Idiotie und partieller Epilepsie in Folge von chronischer Meningo-Encephalitis.

Es handelt sich um ein hereditär schwer belastetes Kind, das im zweiten Lebensjahre lange Konvulsionen hatte, im dritten eine Meningitis durchmachte, nach welcher Schwäche der linken Seite zurückblieb. Seit dem vierten Jahre war es epileptisch, allmählich trat Idiotie oder besser Demenz ein, Tod im 9. Lebensjahre an Bronchopneumonie. Die Autopsie ergab außer Piaverwachsungen, dass sich an vielen Stellen die graue Rinde total von der indurirten und z. Th. atrophischen weißen Substanz abziehen ließ. Bourneville hat in den früheren Berichten wiederholt solche Fälle als Befund bei »Idioten« beschrieben.

2) Idiotie nach Hydrocephalie.

Anatomisch sehr genau untersuchter Fall von Hydrocephalus; im Original einzusehen, weil nicht wohl kurz referirbar.

3) Idiotie durch Atrophie einer Hemisphäre ohne entzündliche Veränderungen (Entwicklungshemmung?).

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

21. E. Petersen. Über Syphilis haemorrhagica neonatorum.

(Vierteljahrsschrift für Dermat. u. Syphilis Bd. X. Hft. 3. 4. p. 509—517.)

Gegenüber der Anschauung Behrend's von der Existenz einer eigenen hämorrhagischen Form von Erbsyphilis, charakterisirt durch Purpura und Nabelblutung, theilt P. die Krankengeschichte eines unter den entsprechenden Erscheinungen verlaufenen Falles mit, der sich indess bei der Sektion nicht als Syphilis, sondern als septische Infektion (Omphalophlebitis mit Lungenembolien, Desintegration der Hautgefäße etc.) entpuppte. An der Hand der einschlägigen Litteratur zeigt Verf., dass auch die Blutungen, welche die kongenitale Syphilis indirekt, durch Vermittlung von Kachexie und Organleiden, bedingt, kaum zur Aufstellung des Begriffes einer Syphilis haemorrhagica neonatorum berechtigen. **Fürbringer** (Jena).

---

22. M. v. Zeissl. Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis und der mit ihr verwandten venerischen Krankheiten.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1884. 351 S.

Die zweite Auflage des bekannten, vom Vater des Verf. unter gleichem Titel herausgegebenen Leitfadens. Wie der Autor in seiner Vorrede selbst bekennt, soll das Buch nicht neue Doktrinen in die Welt tragen, sondern die Aufgabe erfüllen, dem vielbeschäftigten Praktiker und Studirenden ein anschauliches und möglichst vollständiges Bild der venerischen Erkrankungen zu bieten, und dieser Aufgabe ist Verf. gerecht geworden. Die klinische Darstellung ist Schwerpunkt geblieben, die Verkleinerung des Umfanges fast nur durch Wegfall der Hinweise auf die einzelnen Specialarbeiten und Kürzung der Kapitel von lediglich theoretischem und historischem Interesse zu Stande gekommen, so dass die Darstellung immer noch als eine recht ausführliche bezeichnet werden kann. Der Löwenantheil des Inhaltes, namentlich der ganze von den Syphiliden handelnde Abschnitt stellt einen unveränderten Abdruck der ersten Auflage vor; hingegen hat die Therapie der Nebenhodenentzündung, der Strikturen der Harnröhre, des weichen Schankers und der Syphilis, dessgleichen das Kapitel über viscerale und hereditäre Syphilis mit entschiedenem Vortheil eine ausgiebige Umarbeitung erfahren. Die syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und des Auges haben Schrötter und Mauthner in dankenswerther Weise bearbeitet.

Die Eintheilung des Stoffs hält an der — unseres Erachtens in didaktischer Hinsicht nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse durchaus berechtigten, ja nothwendigen — Dualitätslehre fest, wesshalb in drei großen Abschnitten der Tripper, der (weiche) Schanker und die Syphilis besprochen wird. Ein dieser Eintheilung genau entsprechender Titel wäre der Wiederholung des früheren vorzuziehen gewesen.

Auf ein näheres Eingehen auf den Specialinhalt ist natürlich an dieser Stelle zu verzichten; doch kann Ref. nicht umhin, bezüglich etlicher differenter Ansichten über die Gonorrhoe, auf die Darstellung derselben in seinem kurzen Lehrbuche verweisend, hier herausgreifend hervorzuheben, dass der Autor die Gonokokken (denen ein Sätzlein gewidmet ist) denn doch gar zu stiefmütterlich behandelt hat: von einer »Hypothese«, dass das Trippergift ein organisirtes sei, zu sprechen, geht im Jahre 1884 nicht mehr an, und ganz besonders wird eine Darlegung der Bedeutung des Nachweises der Tripperkokken für die Diagnose des Trippers vermisst. Beachtenswerth erscheint uns die Beurtheilung des Endoskopes: »Wer mit der Endoskopie vertraut ist, kann sich zur Feststellung des Befundes dieser bedienen; von den therapeutischen Einwirkungen durch die endoskopische Röhre haben wir bisher keine glänzenden Erfolge gesehen. Wer nicht

endoskopiren kann, der besichtige den gelassenen Harn, so wie die injicirte und wieder aufgefangene Flüssigkeit und kompletire die Untersuchung durch die Einführung einer Sonde oder eines Bougie, und er wird durch Berücksichtigung aller Nebenumstände per inductionem et exclusionem die bereits stattgefundene Veränderung der Urethralschleimhaut zu diagnosticiren in der Lage sein.« Auch wir möchten das Urethroskop zunächst nur der Hand des Specialisten anvertraut wissen und sind bei einem immer ausgedehnteren eigenen Gebrauche des Instrumentes und auf neuerdings gewonnene Erfahrungen gestützt, der Ansicht, dass die wenigsten Praktiker die Technik in genügender Weise beherrschen werden. Immerhin hätte Z. die Methoden der endoskopischen und sonstigen örtlichen Behandlung der hinteren Harnröhre — nur die Einführung von medikamentösen Stäbchen und die Bougierung wird berührt — wenigstens erwähnen können. In der Darstellung der in der Prostata sich abspielenden Tripperkomplikationen ist leider so gut wie gar kein Fortschritt zu verzeichnen, und dass der Autor selbst in dieser neuesten Auflage sich von der Wiederkehr der stereotypen Fabel, die Urethrorrhoea ex libidine sei eine Prostatorrhoe, nicht zu bewahren gewusst, wo doch die neuere Litteratur eine eben so deutliche wie zugängliche Berichtigung geboten, muss Wunder nehmen.

Dass die Darstellung der Syphilis eine verdienstvolle ist, dafür bürgt schon der Name des Vaters des Autors; aber auch das Hinzugekommene, namentlich die Behandlung der Erbsyphilis muss, im Rahmen eines Grundrisses, als gelungen bezeichnet werden. Was endlich die Therapie der Syphilis anlangt, so kann sich Verf. für die Excision der Sklerose nicht begeistern; immerhin verdiente die Schiff'sche Arbeit Berücksichtigung. Zu der Indikationsstellung der Jodbehandlung, welche sich für »alle Phasen« und »alle Krankheitsformen« der Syphilis eignen soll, erlauben wir uns zum mindesten ein Fragezeichen. Von Interesse war es uns, zu erfahren dass Z., bei aller Anerkennung der Vorzüge der hypodermatischen merkuriellen Behandlung der Syphilis, sich nur selten mehr zu dieser Methode entschließt, »weil sie keineswegs eine schmerzlose genannt werden kann, eben so wenig die Recidive verhindert, wie die anderen Behandlungsmethoden und eben so Stomatitis hervorrufen kann.« Auch wir müssen uns zu dieser Ansicht bekennen.

Als ein ganz entschiedener und unangenehm empfundener Mangel ist derjenige eines alphabetischen Sachregisters zu rügen — trotz des ausführlichen Inhaltsverzeichnisses am Anfang des Buches. Wir zweifeln nicht, dass der Autor sich für die nächste Auflage dieser doch kaum allzu großen Mühe unterziehen wird.

Die Ausstattung des Buches ist eine vortreffliche.

Fürbringer (Jena).

26. A. Pribram. Über das Antipyrin.

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 40—42.)

P.'s Erfahrungen stimmen in allen wesentlichen Punkten mit denjenigen Filehne's und P. Guttmann's überein. Antipyrin setzte in Dosen von 1—2 g die Fiebertemperatur bei Abdominaltyphus, Pneumonie, Erysipel, Tuberkulose, Gelenkrheumatismus, Empyem und Sepsis um 1—1,5° herab; die Wirkung beginnt schon in der ersten Stunde, nimmt in den folgenden 2—4 Stunden kontinuirlich zu und dauert im Ganzen 8—10 Stunden. Ließ P. der ersten Gabe von 2 g in einstündigen Intervallen je 1 g 2—3mal nachfolgen, so trat selbst bei sehr hohem Fieber (einmal bis 42,5°C.) eine über mehr als 12 Stunden sich erstreckende ausgiebige, 2—2,5° C. und darüber betragende Temperaturerniedrigung ein. Diese erfolgte häufig unter Ausbruch eines reichlichen, dem Kranken nicht unangenehmen Schweißes.

Das zuweilen ziemlich rasche Wiederansteigen der Temperatur nach Aufhören der Antipyrinwirkung war nie (wie beim Kairin) von Frost begleitet. Die Pulsfrequenz ging in der Regel gleichfalls herab; war der Puls dikrot gewesen, so zeigte seine Kurve mit dem Niedergang der Temperatur die Annäherung zur gewöhnlichen Form, nie die Zeichen erhöhter Spannung. Die Respirationsfrequenz ging in der Regel gleichfalls (selbst bei Pneumonie und anderen Athmungshindernissen) mit der Entfieberung herab. Die auf der Höhe des Fiebers oft trockene rissige Zunge wurde besonders nach mehrtägigem Gebrauch feucht und weich. Das Sensorium wurde freier, das subjektive Befinden in der Regel erheblich besser. Harn und Stuhl zeigten in der Regel keine wesentliche Änderung. Milztumoren zeigten selbst nach großen Gaben keine Verkleinerung.

Vertragen wurde das Mittel in den meisten Fällen gut; selten wurde es erbrochen. Ein einziger Kranker gab an, nach dem Genuss Magendruck zu verspüren. Obwohl P. wiederholt über die von Filehne empfohlene Tagesdosis von 4 g hinausging, hat er doch nur in 1 Falle (Lungentuberkulose mit Pneumothorax) Collaps nach Antipyrin eintreten sehen.

Bei leichten und mittelschweren Fällen von Abdominaltyphus kann man, wie Verf. an 3 Fällen zeigt, ohne Gefahr Antipyrin eine Woche hindurch in Dosen von 2—6 g täglich geben; es gelang ihm dabei, die Fiebertemperatur andauernd unter 38° C. zu halten. Bei Pneumonie war die sehr erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens und der Athemnoth bemerkenswerth; der Process in der Lunge an sich wurde dadurch nicht geändert. Von Gelenkrheumatismus und Tuberkulose liegen nur je 2 Fälle vor mit günstiger Wirkung. Die Diazoreaktion Ehrlich's, welche in mehreren Fällen von Typhus und Tuberkulose genau beobachtet wurde, verschwand regelmäßig während der Antipyrindarreichung, ohne dass der Krankheitsprocess dabei sich änderte; Antipyrin selbst hindert im Harn, wie P. nachweist, das Zustandekommen der Reaktion nicht;

es kann somit das Ausbleiben der Reaktion nur durch das Ausbleiben des die Reaktion gebenden Körpers im Harn erklärt werden. In 4 Fällen wurde ein masern- und selbst scharlachartiges Exanthem nach mehrtägigem Antipyringebrauch beobachtet; alle 4 Fälle verliefen ohne Albuminurie.

A. Hiller (Breslau).

---

27. **Andeer.** Das Resorcin als Hypnoticum.

(Prager med. Wochenschrift 1884. No. 39.)

Während das durch Phenol, Kresol und andere brenzliche Kondensationsprodukte verunreinigte Resorcin unter einer Reihe anderer unangenehmer Nebenwirkungen auch Schlaflosigkeit bedingt, soll das ganz reine Resorcin geradezu ein Mittel gegen Schlaflosigkeit sein, doch muss es in individuell topischer Dosis verabreicht werden, es muss dabei zu einer Art Resorcinrausch kommen. Besonders günstig soll diese Wirkung hervortreten bei Magen-Darmleiden und bei vorgeschrittener Phthise mit Betheiligung des Kehlkopfes. Bei einem der als Beleg angeführten Fälle handelte es sich um einen Tetanus traumaticus, bei welchem Resorcin bis ans Lebensende nicht nur als Antitetanicum, sondern auch als Hypnoticum wirkte.

Seifert (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

28. **Cartaz.** Paralysie vésicale dans l'empoisonnement par l'acide phénique.

(Progrès méd. 1884. No. 40.)

Zu zwei in der Litteratur vorhandenen Fällen von Blasenlähmung im Verlauf einer akuten Karbolvergiftung fügt Verf. zwei eigene Beobachtungen, in welchen Anurie bei gefüllter Blase sich an heroische Karbolausspülungen des puerperalen Uterus und an die Applikation von Phenolverbänden auf eine Dekubitusfläche anschloss. Mit Sistirung der Therapie bezw. den Ersatz derselben durch Sublimatbehandlung schwand die Blasenlähmung. Traumawirkungen als solche hält Verf. für ausgeschlossen.

Fürbringer (Jena).

29. **Kelly.** The occurrence of the ascaris mystax in the human body.

(Amer. journ. of the med. sciences 1884. Oktober.)

K. stellt die bis jetzt bekannten 8 Fälle zusammen, in denen sich Ascaris mystax beim Menschen fand und fügt diesen einen neunten aus eigener Praxis hinzu. Eine Frau hatte 25 Würmer erbrochen, die in einem Knäuel von der Größe einer Walnuss zusammengeballt waren und als Asc. mystax agnoscirt wurden. Außer in diesem einen Fall waren auch noch in drei anderen aus der Litteratur bekannten Fällen die Würmer erbrochen worden.

Seifert (Würzburg).

30. **Connor.** Mumps as a cause of sudden deafness.

(Amer. journ. of the med. science 1884. Oktober.)

C. stellt die bis jetzt bekannten Fälle von Taubheit nach Mumps zusammen und fügt diesen einen weiteren eigener Beobachtung an, die ein 15jähriges Mädchen betrifft, das während der Erkrankung an Mumps das Gehör verlor. Es fand sich (1 Monat nach Beginn der Erkrankung) eine chronische katarrhalische Mittelohrentzündung beiderseits und völliger Verlust des Gehörs auf der rechten Seite. Nach 5monatlicher Behandlung, die in Lufteinblasungen ins Mittelohr bestand,

hatte sich die Mittelohrentzündung bedeutend gebessert und es war auch rechterseits in geringem Grade das Gehörvermögen wieder zurückgekehrt.

C. nimmt an, dass es sich in seinem Falle um eine beiderseitige Entzündung des Mittelohres gehandelt habe, die von der Parotitis verursacht rechterseits sich fortgepflanzt habe auf die Schnecke und die halbcirkelförmigen Kanäle.

Seifert (Würzburg).

31. **J. Maack.** Ein Fall von Wanderleber.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 40.)

Die wenigen bis jetzt konstatirten Fälle von Wanderleber haben — nach Verf. — das Gemeinsame, dass sie nur bei verheiratheten Frauen, die häufig geboren und somit erheblich erschlaffte Bauchwandungen aufzuweisen hatten, beobachtet wurden. Verf.s Fall dagegen betrifft eine unverheirathete Dame.

Es handelte sich um ein 35jähriges Fräulein, welches seit dem Jahre 1873 eine Geschwulst unter dem rechten Rippenrande liegen fühlte, welche sich dem Anscheine nach von Jahr zu Jahr vergrößerte, ohne dabei das Allgemeinbefinden wesentlich zu stören. Ärzte, welche in dieser Zeit konsultirt wurden, hielten die Geschwulst für Leberechinococcus. Im Mai 1881 konstatirte Verf. Folgendes: Die Leber war an der normalen Stelle nicht zu finden; dagegen fühlte man im rechten Hypochondrium, der rechten Darmbeinschaufel aufliegend, eine der Größe der Leber entsprechende halbkugelige feste Masse. Jeder stärkere Druck, welcher gegen die Geschwulst von unten her behufs Reposition ausgeübt wurde, war von großen Beschwerden, Oppression und Ohnmachtsanfällen begleitet. Störungen in der Gallensekretion waren nicht nachweisbar.

Verf. lässt es dahin gestellt, ob wirklich ein früher vorhandener Blasenwurm durch beträchtliche Ausdehnung des Leberumfanges eine Erschlaffung des Lig. suspensorium hepatis herbeigeführt hat, oder ob noch andere, unbekannte Ursachen mitgewirkt haben. **A. Hiller** (Breslau).

32. **Rogers.** Case of acute diabetes of unknown duration; death from coma seventy-two hours after coming under observation.

(Boston med. and surg. journ. 1884. Sept.)

Ein 44jähriger, kräftiger, wohlgenährter Herr, der sich stets ganz gesund gefühlt hatte, erkrankte mit Halsschmerzen, nachdem er sich Abends zuvor einer Erkältung ausgesetzt hatte. Es fanden sich am 3. Krankheitstage nur die Symptome einer leicht fieberhaften Angina, keine erheblichen Allgemeinerscheinungen, insbesondere war das Sensorium ganz frei.

Am 5. Tage erschien der Pat. auffällig erregt, unruhig, war aber bei vollem Bewusstsein, die Angina war nahezu verschwunden, die Temperatur gefallen, aber der Puls noch sehr frequent.

Die Untersuchung des Urins ergab ein specifisches Gewicht von 1,035, hohen Zuckergehalt und eine Spur von Eiweiß. Am 6. Krankheitstage wurde Pat. somnolent, verlor das Bewusstsein, der Athem bekam einen eigenthümlichen aromatischen Geruch, die Pulsfrequenz stieg erheblich an (140), der Urin gab die bekannte Eisenchloridreaktion. Am Abend dieses Tages erfolgte der Exitus letalis.

Etwas Genaueres über die Dauer dieses unter Koma endigenden Diabetes, als dass einige Tage vor Beginn der Erkrankung auffallend viel Urin entleert worden war, konnte nicht eruirt werden, so dass R. diesen Fall als Diabetes acutus bezeichnen zu müssen glaubt. **Seifert** (Würzburg).

33. **H. Falkenheim.** Über regelmäßig intermittirende Albuminurie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV. Hft. 5.)

Ein 50jähriger Mann mit hochgradigem dunklem Milz- (und Leber-) Tumor (Diagnose: Hepatitis diff. chron.) entleerte, dem gewöhnlichen Verhalten bei intermittirender Albuminurie entgegen, während der Bettlage und hier wieder besonders bei linker Seitenlage Eiweiß (0,005—0,38%) mit dem Harn, offenbar aus Anlass einer Kompression der linken Nierenvene durch den Milztumor, vielleicht im Verein mit einer Druckwirkung auf die Nierenarterie oder den Ureter.

Fürbringer (Jena).

34. **M. Barth.** Perforation des follicules isolés du gros intestin.

(Progrès méd. 1884. No. 35.)

Ein seltener und rücksichtlich der Diagnose nicht unwichtiger Fall: Ein 27jähriger Typhuskranker stirbt am Ende der 4. Krankheitswoche, nachdem er allmählich wachsende Auftreibung des Leibes, aber weder heftigere Schmerzen, noch Erbrechen, noch Collaps dargeboten. Man findet eine hochgradige Perforationsperitonitis, im Vergleich zu den (gewöhnlichen) Veränderungen der Peyer'schen Plaques des Dünndarms prädominirende typhöse Infiltration der Dickdarmfollikel mit weitgehender und tiefer Geschwürsbildung. Im Bereich der Flexura sigmoidea mehrfache Durchbrüche. Wahrscheinlich war die Perforation zur Zeit eines plötzlichen intensiven Temperaturabfalls 4 Tage vor dem Tode erfolgt.

Fürbringer (Jena).

35. **L. Barbon.** Anévrysme de l'aorte.

(Progrès méd. 1884. No. 36.)

Latenter Fall mit unheimlichem Verlauf, in so fern der Symptomenkomplex sich auf kontinuirliche Spontanschmerzen zwischen den Skalenen und im linken unteren Thoraxraum, subakute Entwicklung eines Gibbus, Dyspepsie und Abmagerung beschränkte. Physikalischer Befund negativ. Kurz vor dem Tode Dyspnoe und Hämoptoe. Die Sektion ergiebt rechtsseitigen Hämothorax, Herz und Aortenbogen ohne bemerkenswerthe Anomalie. Jenseits des Vorsprungs der linken Subclavia die Brustaorta bis zum 6. Dorsalwirbel hin in einen enormen aneurysmatischen Sack verwandelt, dessen hintere Wand von zerstörten Wirbelkörpern gebildet wird. Jene Schmerzen waren also die Folge einer Kompression des linken Phrenicus gewesen. **Fürbringer** (Jena).

36. **J. Comby.** L'éxanthème de la varicelle.

(Progrès méd. 1884. No. 39.)

Eine Reproduktion der bereits bekannten Eigenthümlichkeiten der Lokalisation der Varicellen auf die Gaumen- und Wangenschleimhaut, die Zunge, Bindehaut und Vulvargegend unter Vorführung dreier Fälle. Bemerkenswerth, weil ungewöhnlich ist, dass in dem letzten derselben sich im Anschluss an das buccale Exanthem eine violente ulceröse Stomatitis entwickelte, welche bei der relativ geringen Ausdehnung des Exanthems als selbständig imponiren konnte. (Auch Ref. hatte Gelegenheit bei einem an »Aphthen« behandelten Kinde die Diagnose Mundhöhlenvaricellen zu stellen.) **Fürbringer** (Jena).

37. **A. Pawlowski.** Zur Lehre von den Adenomen der Leber.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 8.)

P. beschreibt ein großes tubulös-kavernöses Adenom (Adenoma tubulosumcylindrocellulare) der Leber und sucht — mit Rücksicht auf die noch dunkle Histogenese dieser Geschwülste — nachzuweisen, dass im vorliegenden Falle die Geschwulst sich aus dem Epithel der Gallengänge entwickelt hat. Die Arbeit enthält eine ziemlich vollständige Übersicht über die Litteratur der Leberadenome.

A. Hiller (Breslau).

38. **R. Peters.** Neuralgien bedingt durch Druck einer vergrößerten Lymphdrüse. Ausgang in akute Miliartuberkulose.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 39 u. 40.)

Ein Fall von akuter Miliartuberkulose, ausgehend von einem primären Käseherd (Lymphdrüse) bei einem 8jährigen Kinde. Ungewöhnlich war nur der protrahirte, fast über 1 Jahr ausgedehnte Verlauf, so wie der Sitz der Drüse. Letztere lag an der Wirbelsäule, entsprechend dem Zwischenraum zwischen 4. und 5. Lendenwirbel, dem Foramen intervertebrale unmittelbar auf, so dass ihre Kapsel die austretenden Nerven berührte. Während des Lebens, namentlich im Beginn der Erkrankung, hatten heftige neuralgische Schmerzen in beiden Lenden bestanden.

A. Hiller (Breslau).

39. G. Leubuscher. Beiträge zur Kenntnis der Hystero-Epilepsie.

(Korrespondenzblatt des Thüringer ärztl. Vereins 1884. No. 9.)

Einige für die Differenzirung der Krankheit gegen veritable Epilepsie bezw. schwere Organleiden beachtenswerthe Fälle.

1) Bei einem 12jährigen, bislang an »Meningealtuberkulose« behandelten und desshalb aufgegebenen, gracilen, anämischen Knaben ohne erbliche Belastung schwand wenige Wochen nach seiner Aufnahme in die medicinische Klinik zu Jena bei wesentlich indifferenter Behandlung der Symptomenkomplex: Andauernder Kopfschmerz, epileptiforme Anfälle (bis 40 pro Tag) mit Bewusstseinsstörungen; niemals Verletzungen durch Fall oder Biss; die Anfälle vermochten durch Druck auf die linke Fossa supraclavicularis (welche epileptogene Zone zufällig bei Gelegenheit der Lungenperkussion entdeckt wurde) ausgelöst zu werden.

2) Ein 12jähriger, gut genährter Knabe, anscheinend Onanist, erleidet seit mehreren Wochen Krampfanfälle »mit Bewusstseinsschwund«, ohne indess vom Stuhle zu fallen etc. Dazwischen ganz unmotivirte Erregungsparoxysmen mit perversen Handlungen.

3) 13jähriges, verzogenes, intelligentes, sehr reizbares Mädchen. Zahlreiche hystero-epileptische Attacken. Angioparalytische Migraine und andauernde Pupillenerweiterung rechterseits. Keine Spur von Verletzungen. Schwund der Anfälle in der Klinik, leichtes vorübergehendes Wiederaufleben derselben nach der Entlassung.

4) Hysterische Erscheinungen bei einem 22jährigen Mädchen vor Beginn der Anfälle, welche mit bis stundenlanger Bewusstlosigkeit einhergehen und sich fast stets durch Druck auf die Ovarialgegend auslösen lassen.

Verf. verweist auf die Féré'schen Fälle (s. dieses Centralblatt 1883 No. 10), den Werth der Kombination der Einzelerscheinungen für die namentlich vom praktischen Standpunkt aus hochwichtige Diagnose, so wie die therapeutische Wirksamkeit einfacher Isolirung der Kranken hervorhebend.

Fürbringer (Jena).

40. Millet. Sarcome de la dure-mère à droite. Hallucinations unilaterales du côte droit.

(Annales médico-psychologiques 1884. Sept.)

Ein 63jähriger, früher gesunder Mann leidet seit 7 Jahren an epileptischen Anfällen, die allmählich an Heftigkeit abgenommen haben.

Dieselben vergesellschaften sich mit Kopfschmerz, Intelligenzabnahme, ängstlichen stets nur rechtsseitigen Hallucinationen und wurden zuweilen eingeleitet durch eine zwangsmäßige Neigung, rückwärts zu gehen. Die Sektion ergab ein hühnereigroßes Osteosarkom der Dura mater, welches in die rechte Fossa Sylvii hineingewuchert war, übrigens die Hirnsubstanz nur in der Tiefe von 1/2 cm zur Erweichung gebracht hatte.

Thomsen (Berlin).

41. Asch. A case of ecchondrosis of the larynx.

(New York med. journ. 1884. Aug. 30.)

Nach Mittheilung der im Original einzusehenden bisher in der Litteratur bekannten Fälle von Knorpelgeschwülsten des Kehlkopfs schildert A. seine eigene, einen 42jährigen, an konstanter Reizung seines Halses und häufiger Heiserkeit leidenden, kräftigen Mann betreffende Beobachtung. Mit dem Kehlkopfspiegel wurde eine von der Basis des rechten oberen Horns des Schildknorpels ausgehende konische, über das aryepiglottische Band dieser Seite nach der Hinterfläche des Kehldeckels reichende Geschwulst nachgewiesen, welche für den palpirenden Finger Knorpelhärte darbot. Die Entfernung der Geschwulst gelang mit Guillotine auf intra-laryngealem Wege, ohne dass es zu einer stärkeren Blutung kam. Das Mikroskop bestätigte die klinische Diagnose, vielfach waren die Knorpelzellen verkalkt. Nach der Operation besserte sich auch die Stimme des Pat.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

(Hierzu Titel und Register zu Jahrgang 1884.)

